

**Министерство образования и науки Республики Казахстан**

**Инновационный Евразийский университет**

**Акбузауов Ж.З**

**Совершенствование системы финансирования здравоохранения  
(на материалах Павлодарской области)**

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**специальность 6M051000 – «Государственное и местное управление»**

**Павлодар 2015**

**Министерство образования и науки Республики Казахстан**

**Инновационный Евразийский университет**

**Департамент «Экономика и менеджмент»**

«Допущен (а) к защите»

директор департамента

\_\_\_\_\_ **Ж.К.Алтайбаева**

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**На тему: Совершенствование системы финансирования здравоохранения (на материалах Павлодарской области)**

**специальность 6М051000 – «Государственное и местное управление»**

**Магистрант**

**группы Мд-202м**

\_\_\_\_\_ **Ж.З. Акбузауов**

**Научный руководитель,**

**д.с.н.,проф.**

\_\_\_\_\_ **С.Г.Симонов**

**Павлодар 2015**





## РЕФЕРАТ

Мемлекет дамуы мен ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету үшін қоғамның денсаулығын сақтау мен нығайтудың міндеттері қазіргі кезде стратегиялық мағына ие.

«Қазіргі таңда экономиканың жаһандану үдерістері, әлемдегі қайшылықты жағдайларда, ауа райының өзгеруі денсаулық сақтаудың сұрақтары халықаралық қатынастар ішіндегі басым орынға қойылатын болды. Денсаулық сақтаудың мәселелері жаһанды ауқымның басым бір бөлігі болып келеді. Денсаулық сақтаудың кейбір мәселелері халықаралық мағынаға ие, оларды тек бірлесе отырып шеше аламыз» [1].

Нарықтық қатынастарға экономиканың көшуі, тауарлар мен қызмет көрсетулердің бағалар және тарифтер либерализациясы халыққа медициналық қызметтің қымбаттауына әкеп соқтырды және денсаулық сақтау саласының ресурстық қамтамасыз етудің бар мәселесін ерте одан әрі қиындата түсті [2].

Мемлекеттің ресурстық мүмкіндіктерін шектеу және басқарудың экономикалық әдістерін баяу енгізілуі медициналық қызмет көрсетудің қарқынды әдістеріне көшу қарқындылығын төмендетеді, қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінде құрылымды қайта қарау үдерістерін бәсеңдетеді [3].

Терең тыңғылықталған құқықтық негіздері жоқ және сәйкес қаржылық ресурстармен бекітілмеген, саланы қайта қалыптастыруға бағытталған шаралар толық көлемде жүзеге асырылмайды және күтілетін нәтижелер бермейді [4].

Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің негізгі буынын құрайтын, емдік профилактикалық ұйымдардың жұмысын шектеулі қаржыландырудың ережелері қиындатады. Медициналық көмекке халықтың қажеттілігі өсе түсуіне қарай қаржылық қаражаттардың жетіспеушілігі қосымша қаржыландыру көздерін іздеуді, бар ресурстарды пайдаланудың тиімділігін жоғарылату қажеттілігі туралы сұрақты күрделендіреді [5].

Жоғарыда аталған мәселелер Қазақстан Республикасына да қатысы болды. Жаңа мемлекетті құрумен, қоғамдық-экономикалық кезеңнің өзгеруімен, өзіндік ресурстардың есебімен байланысты елдің суверенитет алуынан кейінгі көшпелі кезеңнің жағдайы қоғамның денсаулығы мен денсаулық сақтаудың өзгерісіне әсерін тигізді [6].

Міндетті медициналық сақтандыру жүйесін енгізу және қаржыландырудың бюджеттік- сақтық үлгісіне көшу саланың жағдайын жақсартып қойған жоқ. 1998 жылы жаһандық экономикалық дағдарыстың қысымымен әлемдік экономикалық институттардың ұсынысы бойынша, Қазақстан Республикасының Үкіметімен барлық бюджеттен тыс қорларды жою, соның ішінде міндетті медициналық сақтандыру қоры да бар, бағдарламалық-мақсаттық қаржыландырудың жаңа бюджеттік саясатын жүзеге асыру туралы шешімі қабылданды [7].

Мәселенің ғылыми зерделену дәрежесі. Бюджетке түсетін қаржылық қаражаттардың тепе-теңдігін қамтамасыз ету мәселесі халықтың медициналық көмекке қажеттілігінің көлемі бір жағынан, сонымен қатар емдік

-профилактикалық ұйымдардың мүмкіндіктерімен өзге жағынан, денсаулық сақтауды басқару бойынша медициналық көмектің көлемдік-қаржылық нормативтердің тепе-теңдігін жоспарлаудың әдіснамасын жасақтау сұрақтары алғашқы жоспар болып алдына жылжытылды.

Қарастырылып жатқан мәселеге жақын және алыс жатқан шет елдің мамандары маңызды еңбек атқарды: Ж.А. Досқалиев, Б.С. Туткушев, Е.А. Абылкасымов, А.Л. Линденбратен, О.Т. Жузжанов, М.Е. Путин, Т.Ш. Шарманов, А.А. Аканов, М.А. Алиев, Г. Греф, И.Н. Тасмагамбетов, О.П. Щепин, Ю.П. Лисицын, В.К. Овчаров, В.С. Васюкова, М.К. Кульжанов, К.К.Куракбаев, А.Д. Дуйсекеев, Л.Ю. Шевченко және тағы басқалары.

Денсаулық сақтауды қайта құрудағы қажетті жолдарды іздеу саланы қаржыландыру жүйесінің түбімен өзгеруі, нарықты кең көлемде қайта құрумен, қоғамның маңызды әлеуметтік-экономикалық саласы үшін мемлекеттік реттеу және бақылауды қамтамасыз ету, ресурстарды жоспарлау мен таратуды оңтайландыруға бағытталған.

Осы зерттеу жұмысының **мақсаты** Павлодар облысының денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесін жетілдіру болып табылады.

Қойылған мақсаттарға сәйкес зерттеудің келесі **міндеттері** құрылған:

- 1 Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесінің мәселелері мен келешегі бойынша ресми құжаттарды және әдебиеттер көздерін зерттеу мен жалпылау;
- 2 Дамыған елдер қатарынан денсаулық сақтауды қаржыландыру ерекшеліктерін зерттеу негізінде әлемдік тәжірибенің есебімен отандық тәжірибе үшін қолайлы саланы қаржыландыруда ұсыныстарды әзірлеу;
- 3 Павлодар облысының денсаулық сақтауды бюджеттік қаржыландыру жағдайына талдау жүргізу;
- 4 Павлодар облысының денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесін жетілдіру бойынша ұсыныстарды жасау.

Жұмыстың **зерттеу объектісі** Павлодар облысының денсаулық сақтауды қаржыландырудың жүйесі болып табылады.

Жұмыстың **зерттеу пәні** Павлодар облысының денсаулық сақтау саласында бюджеттік қаражаттарды тиімді тарату мен қаржыландырудың теориялық, тәжірибелік негіздері болып келеді.

Қойылған міндеттерге сәйкес зерттеу жұмысында кешенді әдіснама қолданылған, олар келесі әдістерді қосады: тәжірибенің зерделенуі мен жалпылануы, статистикалық, әлеуметтанушылық, экономикалық әдістер.

Павлодар облысының денсаулық сақтау мен медициналық ұйымдарын басқарудың органы зерттеу жұмысының нақты негізі ретінде алынған.

**Зерттеудің ғылыми жаңашылығы** болып табылады:

- денсаулық сақтауды қаржыландырудың түрлі нысандары мен жүйелерінің салыстырмалы талдауы жүргізілген. Павлодар облысының денсаулық сақтау жүйесінің дамуы мен әдіснамалық-демографиялық көрсеткіштерінің динамикасы зерделенген;
- аумақтық денсаулық сақтау жүйесінде бесекелік ортаны қалыптастыру қажеттілігін ғылыми дәлелдеуге және бағдарламалық- мақсатты қаржыландыру

қағидаттарын әзірлеуге мүмкіндік берген, Қазақстан Республикасында әлеуметтік- экономикалық қайта құрудың төңірегінде Павлодар облысында денсаулық сақтаудың дамуы, қоғам денсаулығы өзгерісінің тенденцияларына баға берілген;

- байқаудың негізінде халыққа тегін медициналық көмектің кепіл беру көлемінде мемлекеттік тапсырыстың негізінде Павлодар облысының денсаулық сақтауды бағдарламалық-мақсатты қаржыландыру жүйесі ұсынылған;
- мемлекеттік тапсырыс жағдайында түрлі меншік нысандарының медициналық ұйымдарын қаржыландырудың механизмдерін ғылыми, құқықтық және ұйымдастырушылық- әдістемелік түрде дәлелдеу жүргізілген. Мемлекеттік тапсырысты қалыптастыру технологиясы, орналастыру, байқаудың қатысушыларына біліктік талаптары, сонымен қатар келісім-шарт міндеттемелерінің орындалуына бақылау тәртібі де жасалған.

Тәжірибелік құндылығы. Жүргізілген ғылыми-зерттеу жұмысы медициналық қызмет көрсетуге мемлекеттік тапсырыс жүйесі арқылы бюджет қаражаттарын таратуға негізделген, денсаулық сақтаудың бағдарламалық-мақсатты қаржыландыруды енгізудің біртұтастығын негіздеуге мүмкіндік береді.

**Жұмыстың көлемі және құрылымы.** Жұмыс кіріспеден, үш тараудан, қорытындыдан, қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады. Жұмыс 98 бетте орындалған.

**Суреттердің, кестелердің, қолданылған әдебиеттер тізімінің саны:** жұмыста 21 кесте, 4 сурет, 38 қолданылған әдебиеттер ұсынылған.

**Кілтті сөздер тізімі:** денсаулық сақтауды қаржыландырудың жүйесі, емдік профилактикалық ұйымдар, денсаулық сақтаудың мемлекеттік мақсатты бағдарламалары, медициналық сақтандыру, Павлодар облысының денсаулық сақтауы.

**Басылымдары жайлы ақпарат:** Анализ финансового обеспечения здравоохранения Павлодарской области. Вестник ПГУ, 2015.

## РЕФЕРАТ

Задачи сохранения и укрепления общественного здоровья приобретают в современных условиях стратегическое значение для развития государства и обеспечения национальной безопасности.

«Сегодня процессы глобализации экономики, конфликтные ситуации и в мире, изменения климата выдвигают вопросы здравоохранения на приоритетное место в международных отношениях. Вопросы здравоохранения неизменно являются одним из приоритетов глобального масштаба. Многие вопросы здравоохранения имеют международное значение, которые мы можем решить только вместе» [1].

Переход экономики к рыночным отношениям, либерализация цен и тарифов на товары и услуги повлекли за собой удорожание медицинской помощи населению и еще более обострили ранее существующую проблему ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения [2].

Ограничение ресурсных возможностей государства и медленное внедрение экономических методов управления снижают темпы перехода на интенсивные методы медицинского обслуживания, замедляют процессы реструктуризации в системе общественного здравоохранения [3].

Не имеющие глубоко проработанных правовых оснований и не подкрепленные соответствующими финансовыми ресурсами, мероприятия, направленные на реформирование отрасли, не реализуются в полном объеме и не дают ожидаемых результатов [4].

Условия ограниченного финансирования осложняют работу лечебно-профилактических организаций, составляющих основное звено системы общественного здравоохранения. Нехватка финансовых средств при возрастающей потребности населения в медицинской помощи с особой остротой ставит вопрос о необходимости повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, поиска дополнительных источников финансирования [5].

Вышеуказанные проблемы не обошли стороной и Республику Казахстан. Ситуация переходного периода после обретения страной суверенитета, связанная с формированием новой государственности, изменением общественно-экономической формации, расчетами на собственные ресурсы, не могла не отразиться на изменении общественного здоровья и здравоохранения [6].

Введение системы обязательного медицинского страхования и переход к бюджетно-страховой модели финансирования отрасли кардинально не улучшили ситуацию. Невыполнение местными бюджетами обязательств по внесению страховых платежей и долевого финансированию лечебно-профилактических учреждений привело к тому, что финансовые потребности здравоохранения удовлетворялись лишь на 3045%. В 1998 году под влиянием глобального экономического кризиса, по рекомендации мировых экономических институтов, правительством Республики Казахстан было

принято решение об аннулировании всех внебюджетных фондов, в том числе Фонда обязательного медицинского страхования, и реализации новой бюджетной политики программно-целевого финансирования [7].

Поиск путей необходимых преобразований в здравоохранении базируется на коренном изменении системы финансирования отрасли, призванном наряду с широкими рыночными преобразованиями обеспечить государственное регулирование и контроль в этой важнейшей социально-экономической сфере общества, оптимизации планирования и распределения ресурсов.

Проблема обеспечения сбалансированности поступающих финансовых средств с объемами потребности населения в медицинской помощи, с одной стороны, а также возможностями лечебно-профилактических учреждений, с другой, выдвигают на первый план вопросы выработки методологии планирования сбалансированных объемно-финансовых нормативов медицинской помощи по всей вертикали управления здравоохранением.

**Целью** настоящего исследования является совершенствование системы финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**В** соответствии с поставленной целью сформулированы следующие **задачи** исследования:

Изучить и обобщить официальные документы и источники литературы по проблемам и перспективам финансирования систем здравоохранения;

На основе исследования особенностей финансирования здравоохранения в ряде развитых стран разработать рекомендации приемлемые для отечественной практики финансирования отрасли с учетом мирового опыта;

Провести анализ состояния бюджетного финансирования здравоохранения Павлодарской области;

Внести предложения по совершенствованию системы финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**Объектом** исследования явилась система финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**Предметом** исследования выступают теоретические, практические основы финансирования и эффективного распределения бюджетных средств в сфере здравоохранения Павлодарской области

В соответствии с поставленными задачами, в исследовании была использована комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, статистический, социологический, экономический методы.

В качестве конкретных баз исследования выбраны орган управления здравоохранением и медицинские организации Павлодарской области.

**Научная новизна** исследования заключается в том, что:

- проведен сравнительный анализ различных форм и систем финансирования здравоохранения. Изучена динамика медико-демографических показателей и развития системы здравоохранения Павлодарской области;

- дана оценка тенденциям изменений общественного здоровья, развитию здравоохранения Павлодарской области в контексте социально-экономических

преобразований в Республике Казахстан, позволившая научно обосновать необходимость формирования конкурентной среды в системе территориального здравоохранения и разработать принципы программно-целевого финансирования;

- предложена система программно-целевого финансирования здравоохранения Павлодарской области на основе государственного заказа на гарантированные объемы бесплатной медицинской помощи населению на конкурсной основе;

- проведено научное, правовое и организационно-методическое обоснование механизмов финансирования медицинских организаций различных форм собственности в условиях государственного заказа. Разработана технология формирования, размещения государственного заказа, квалификационные требования к участникам конкурса, а также порядок контроля за выполнением договорных обязательств.

- разработана методология медико-экономической оценки результатов внедрения программно-целевого финансирования основных видов амбулаторно-поликлинической и больничной помощи населению Павлодарской области с использованием промежуточных и конечных объемных и структурных показателей, характеризующих соотношение между бесплатными и платными услугами.

- изучено отношение населения к получению лечебно-профилактической помощи в медицинских организациях различных форм собственности в условиях реализации ими государственного заказа. Представлена оценка изменений в организации лечебно-диагностического процесса и условиях труда при новой форме финансирования медицинских организаций по результатам социологического исследования среди их руководителей и медицинского персонала.

**Практическая ценность.** Проведенная научно-исследовательская работа позволяет обосновать целесообразность внедрения программно-целевого финансирования здравоохранения, основанного на распределении средств бюджета через систему государственного заказа на оказание медицинских услуг.

**Объем и структура работы.** Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы. Работа изложена на 108 страницах.

**Количество иллюстраций, таблиц, использованных литературных источников:** в работе представлено 21 таблиц, 4 рисунков, 38 источников литературы.

**Перечень ключевых слов:**

Система финансирования здравоохранения, финансирование лечебно-профилактических организаций, государственные целевые программы здравоохранения, медицинское страхование, здравоохранение Павлодарской области

**Сведения о публикациях:** Анализ финансового обеспечения здравоохранения Павлодарской области. Вестник ПГУ, 2015.



## ABSTRACT

Tasks of maintenance and strengthening of public health get in modern conditions a strategic importance for development of the state and ensuring national security.

“Today processes of economy globalization, conflict situations and in the world, climate changes nominate health care questions to a priority place in the international relations. Health care questions steadily are one of priorities of global scale. Many questions of health care have international value, which we can solve only together” [1].

Transition of economy to the market relations, liberalization of the prices and tariffs for goods and services caused rise in price of medical care for the population and even more aggravated earlier existing problem of resource providing branch of health care [2].

Restriction of resource opportunities of the state and slow involvement of economic methods of management reduce rates of transition to intensive methods of medical care, slow down processes of restructuring in system of public health care [3].

Not having deeply worked legal authorities and not supported with the appropriate financial resources, the actions directed on reforming of branch aren't realized in full and don't give the expected results [4].

Conditions of limited financing complicate work of the medical and preventive treatment institutions consisting the main link of public health care system. Shortage of funds at the increasing need of the population for medical care with special sharpness raises a question of need of efficiency's increase of the available resources use, search of additional sources of financing [5].

These problems didn't avoid also the Republic of Kazakhstan. The situation of a transition period after finding by the country of the sovereignty connected with formation of new statehood, change of a socio-economic structure, count on own resources couldn't but be reflected in change of public health and health care [6].

Introduction of system of obligatory medical insurance and transition to budgetary and insurance model of financing of branch didn't cardinaly improve the situation. In 1998 influenced of global economic crisis, according to the recommendation of world economic institutes, the government of the Republic of Kazakhstan made the decision on cancellation of all off-budget funds, including Fund of obligatory medical insurance, and realization of new budgetary policy of program and target financing [7].

Degree of scientific developing of a problem. A problem of ensuring balance of the arriving funds with volumes of the population's need for medical care, on the one hand, and also opportunities of the medical and preventive treatment institutions, on the another hand, highlight questions of working out of methodology of planning of the balanced volume and financial standards of medical care for all chain of command health care.

The significant contribution to the considered problem was made by experts of the near and far abroad: Doskaliyev Zh.A., Tutkushev B.S., Abylkasymov E.A., Lindenbraten A.L., Zhuzhzhanov O.T., Putin M.E., Sharmanov T.Sh., Akanov A.A., Aliyev M.A., Doskaliyev Zh.A., Gref G., Tasmagambetov I.N., Shchepin O.P., Lisitsyn Yu.P., Ovcharov V.K., Vasyukova V.S., Kulzhanov M.K., Kurakbayev K.K., Duysekeev A.D., Shevchenko L.Yu., etc.

Search of ways of necessary transformations in health care is based on the basic change of system of branch' financing urged to provide along with broad market transformations state regulation and control in this significant socio-economic sphere of society, optimization of planning and distribution of resources.

The purpose of the real research is the improvement of system of financing of the Pavlodar region's health care.

According to set goal the following research tasks are formulated:

1. To study and generalize official documents and sources of literature on problems and perspectives of health systems financing;
2. On the basis of features' research of health care financing in a number of the developed countries to work out recommendations accepted for national practice of branch' financing taking into account world experience;
3. To carry out the analysis of a condition of the budgetary financing of the Pavlodar region's health care;
4. To make suggestions for improvement of system of financing of the Pavlodar region's health care.

**Object of research** was the system of financing of the Pavlodar region's health care.

**As subject** of research theoretical, practical bases of financing and effective distribution of budgetary funds in the Pavlodar region's health sector act.

According to set tasks, in research the complex methodology including the following methods was used: studying and synthesis of experience, statistical, sociological, economic methods.

As concrete bases of research the governing body of health care and the medical organizations of the Pavlodar region are chosen.

**Scientific novelty** of research is that:

- it is studied the comparative analysis of various forms and systems of financing of health care is carried out. Dynamics of medico-demographic indicators and development of the Pavlodar region's health system;
- it is given the assessment to tendencies of changes of public health, development of the Pavlodar region's health care in the context of socio-economic transformations in the Republic of Kazakhstan which allowed to prove scientifically need of formation of the competitive environment in system of territorial health care and to work out the principles of program and target financing;
- the proposed system of program financing of public health of Pavlodar region on the basis of the state order for the guaranteed volume of free medical aid to the population on a competitive basis;

- it is carried out scientific, legal and organizational and methodical justification of financing mechanisms for the medical organizations of ownership various forms in the conditions of the state order. It is developed technology of formation, placement of the state order, qualification requirements to participants of competition, and also an order of control over the implementation of contractual obligations.

Practical value. The carried-out research work allows to prove expediency of involvement program and target financing of the health care based on distribution of budget funds through system of the state order for rendering medical services.

**Volume and structure of work.** Work consists of introduction, 3 parts, conclusion, list of references. Work is stated on 98 pages.

**Quantity of illustrations, tables, used references:** in the work presented 21 tables, 4 figures, 38 sources of literature.

**List of keywords:**

System of financing of health care, financing of the medical and preventive treatment institutions, state target programs of health care, medical insurance, health care of the Pavlodar region

**Data about publications:** Анализ финансового обеспечения здравоохранения Павлодарской области. Вестник ПГУ, 2015.

## **ТҮЙІН**

Осы магистрлік диссертацияның тақырыбы бойынша: Денсаулықты сақтауды қаржыландырудың жүйесін жетілдіру (Павлодар обласының деректері негізінде) денсаулықты қаржыландыру жүйесінің теориялық негізі, емдік профилактикалық ұйымдардың қайнар көздері, нысандары мен әдістері, шет мемлекеттеріндегі денсаулық сақтауды қаржыландырудың негізгі жүйесі қарастырылған.

Павлодар облысы денсаулық сақтаудың ағымдағы жағдайының және Павлодар облысының денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесінің талдауы жүргізілген.

Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесін жетілдірудің келешекті жолдары, сонымен қатар Павлодар облысының денсаулықты қаржыландыру кезінде мемлекеттік көтере сатып алу жүйесінің дамуы ұсынылған.

## **РЕЗЮМЕ**

В данной магистерской диссертации по теме: Совершенствование системы финансирования здравоохранения (на материалах Павлодарской области) рассмотрены теоретические основы системы финансирования здравоохранения, источники, формы и методы финансирования лечебно профилактических организаций, основные системы финансирования здравоохранения в зарубежных странах

Проведен анализ текущей ситуации здравоохранения Павлодарской области и системы финансирования здравоохранения Павлодарской области.

Предложены перспективные пути совершенствования системы финансирования здравоохранения, а также развитие системы государственных закупок при финансировании здравоохранения Павлодарской области.

## **SUMMARY**

In this master dissertation on a theme: Improvement of system of health care financing (on materials of the Pavlodar region) theoretical basics of system of health care financing, sources, forms and methods of financing of the medical and preventive treatment institutions, the main systems of health care financing in foreign countries are covered.

The analysis of the current situation of the Pavlodar region's health care and system of health care financing of the Pavlodar region is carried out.

Perspective ways of improvement of health care financing system, and also development of system of state order when financing the Pavlodar region's health care are offered.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

Введение .....	16
1 Теоретические основы системы финансирования здравоохранения	19
1.1. Сущность системы финансирования здравоохранения.....	19
1.2. Источники, формы и методы финансирования лечебно-профилактических организаций.....	21
1.3. Основные системы финансирования здравоохранения в странах дальнего зарубежья.....	25
1.4. Финансирование здравоохранения России на современном этапе	39
1.5. Система финансирования здравоохранения Республики Казахстан	42
2 Анализ финансирования здравоохранения Павлодарской области	45
2.1. Анализ текущей ситуации здравоохранения Павлодарской области	45
2.2. Анализ финансового обеспечения здравоохранения Павлодарской области.....	49
2.3. Анализ платных медицинских услуг населению Павлодарской области.....	54
3 Совершенствование системы финансирования здравоохранения	65
3.1. Программно-целевое финансирование в Павлодарской области.....	65
3.2. Развитие системы государственных закупок здравоохранения.....	83
Заключение.....	90
Список использованной литературы .....	93
Графическая часть .....	96

## ВВЕДЕНИЕ

Задачи сохранения и укрепления общественного здоровья приобретают в современных условиях стратегическое значение для развития государства и обеспечения национальной безопасности.

«Сегодня процессы глобализации экономики, конфликтные ситуации в мире, изменения климата выдвигают вопросы здравоохранения на приоритетное место в международных отношениях. Вопросы здравоохранения неизменно являются одним из приоритетов глобального масштаба. Многие вопросы здравоохранения имеют международное значение, которые мы можем решить только вместе» [1].

Переход экономики к рыночным отношениям, либерализация цен и тарифов на товары и услуги повлекли за собой удорожание медицинской помощи населению и еще более обострили ранее существующую проблему ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения [2].

Ограничение ресурсных возможностей государства и медленное внедрение экономических методов управления снижают темпы перехода на интенсивные методы медицинского обслуживания, замедляют процессы реструктуризации в системе общественного здравоохранения [3].

Не имеющие глубоко проработанных правовых оснований и не подкрепленные соответствующими финансовыми ресурсами, мероприятия, направленные на реформирование отрасли, не реализуются в полном объеме и не дают ожидаемых результатов [4].

Условия ограниченного финансирования осложняют работу лечебно-профилактических организаций, составляющих основное звено системы общественного здравоохранения. Нехватка финансовых средств при возрастающей потребности населения в медицинской помощи с особой остротой ставит вопрос о необходимости повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, поиска дополнительных источников финансирования [5].

Вышеуказанные проблемы не обошли стороной и Республику Казахстан. Ситуация переходного периода после обретения страной суверенитета, связанная с формированием новой государственности, изменением общественно-экономической формации, расчетами на собственные ресурсы, не могла не отразиться на изменении общественного здоровья и здравоохранения [6].

Здравоохранение Республики Казахстан в последнее десятилетие развивалось в условиях, во многом сходных с российскими: рост показателей смертности, снижение рождаемости, уменьшение естественного прироста населения, существенное повышение уровня заболеваемости, особенно социально обусловленными болезнями, на фоне снижения объемов финансирования отрасли. Сложившаяся ситуация, свидетельствующая об имеющихся проблемах социального развития общества, в том числе здравоохранения, привела к необходимости реформирования отрасли и сформулировать основные подходы к его проведению.

Введение системы обязательного медицинского страхования и переход к бюджетно-страховой модели финансирования отрасли кардинально не улучшили ситуацию. Невыполнение местными бюджетами обязательств по внесению страховых платежей и долевого финансированию лечебно-профилактических учреждений привело к тому, что финансовые потребности здравоохранения удовлетворялись лишь на 30-45%. В 1998 году под влиянием глобального экономического кризиса, по рекомендации мировых экономических институтов, правительством Республики Казахстан было принято решение об аннулировании всех внебюджетных фондов, в том числе

Фонда обязательного медицинского страхования, и реализации новой бюджетной политики программно-целевого финансирования [7].

Поиск путей необходимых преобразований в здравоохранении базируется на коренном изменении системы финансирования отрасли, призванном наряду с широкими рыночными преобразованиями обеспечить государственное регулирование и контроль в этой важнейшей социально-экономической сфере общества, оптимизации планирования и распределения ресурсов.

Проблема обеспечения сбалансированности поступающих финансовых средств с объемами потребности населения в медицинской помощи, с одной стороны, а также возможностями лечебно-профилактических учреждений, с другой, выдвигают на первый план вопросы выработки методологии планирования сбалансированных объемно-финансовых нормативов медицинской помощи по всей вертикали управления здравоохранением.

**Целью** настоящего исследования является совершенствование системы финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**В** соответствии с поставленной целью сформулированы следующие **задачи** исследования:

1 Изучить и обобщить официальные документы и источники литературы по проблемам и перспективам финансирования систем здравоохранения;

2 На основе исследования особенностей финансирования здравоохранения в ряде развитых стран разработать рекомендации приемлемые для отечественной практики финансирования отрасли с учетом мирового опыта;

3 Провести анализ состояния бюджетного финансирования здравоохранения Павлодарской области;

4 Внести предложения по совершенствованию системы финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**Объектом** исследования явилась система финансирования здравоохранения Павлодарской области.

**Предметом** исследования выступают теоретические, практические основы финансирования и эффективного распределения бюджетных средств в сфере здравоохранения Павлодарской области

В соответствии с поставленными задачами, в исследовании была использована комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, статистический, социологический, экономический методы.

В качестве конкретных баз исследования выбраны орган управления здравоохранением и медицинские организации Павлодарской области.

**Научная новизна** исследования заключается в том, что:

- проведен сравнительный анализ различных форм и систем финансирования здравоохранения. Изучена динамика медико-демографических показателей и развития системы здравоохранения Павлодарской области;

- дана оценка тенденциям изменений общественного здоровья, развитию здравоохранения Павлодарской области в контексте социально-экономических преобразований в Республике Казахстан, позволившая научно обосновать

необходимость формирования конкурентной среды в системе территориального здравоохранения и разработать принципы программно-целевого финансирования;

- предложена система программно-целевого финансирования здравоохранения Павлодарской области на основе государственного заказа на гарантированные объемы бесплатной медицинской помощи населению на конкурсной основе;

- проведено научное, правовое и организационно-методическое обоснование механизмов финансирования медицинских организаций различных форм собственности в условиях государственного заказа. Разработана технология формирования, размещения государственного заказа, квалификационные требования к участникам конкурса, а также порядок контроля за выполнением договорных обязательств.

- разработана методология медико-экономической оценки результатов внедрения программно-целевого финансирования основных видов амбулаторно-поликлинической и больничной помощи населению Павлодарской области с использованием промежуточных и конечных объемных и структурных показателей, характеризующих соотношение между бесплатными и платными услугами.

- выяснено отношение населения к получению лечебно-профилактической помощи в медицинских организациях различных форм собственности в условиях реализации ими государственного заказа. Представлена оценка изменений в организации лечебно-диагностического процесса и условиях труда при новой форме финансирования медицинских организаций по результатам социологического исследования среди их руководителей и медицинского персонала.

**Практическая значимость.** Проведенная научно-исследовательская работа позволяет обосновать целесообразность внедрения программно-целевого финансирования здравоохранения, основанного на распределении средств бюджета через систему государственного заказа на оказание медицинских услуг.

# 1 Теоретические основы системы финансирования здравоохранения

## 1.1 Сущность системы финансирования здравоохранения

Решая вопросы финансового обеспечения, экономика здравоохранения использует различные возможности инвестиционного процесса в данной отрасли народного хозяйства. Три основные группы инвесторов вкладывают свои средства в обеспечение функционирования и развития здравоохранения. К ним относятся государство (бюджет), страховые организации и сами пациенты. Этим трем группам инвестиционных источников соответствуют и три основных типа систем организации медицинской помощи, различающихся по способу финансирования: государственная, страховая и платная.

В государственной системе финансирования отрасли выделение финансовых средств осуществляется из общих налоговых поступлений в бюджет и охватывает все группы населения. Финансовые ресурсы могут концентрироваться на двух уровнях: республиканском и региональном. Основная часть медицинских организаций принадлежит государству. Управление и планирование осуществляется центральными и местными органами власти.

Второй тип систем здравоохранения финансируется по принципу социального страхования. При этом медицинские организации также управляются государственными органами власти и в этом смысле являются общественными, но в отличие от государственных систем здравоохранения финансируются на трехсторонней основе посредством денежных взносов предпринимателей, работников, а также субсидий государства и других поступлений.

Третий вариант предусматривает оплату медицинских услуг непосредственно пациентами.

По мнению Гришина И.В. и Полякова И.В., выбор того или иного способа финансирования системы организации медицинской помощи зависит от конкретной социально-экономической ситуации [8].

Классифицируя эти системы с точки зрения их организационно-финансовых особенностей, обычно выделяют следующие формы организации здравоохранения:

- 1 Частная;
- 2 Система Бисмарка (страховая);
- 3 Система Бевериджа (национальная);
- 4 Государственная (социалистическая).

Частную модель можно назвать платной медициной: за все услуги платит или сам больной, или его родственники и друзья непосредственно при получении помощи.

Система Бисмарка, первая из зародившихся в Новейшей истории национальных систем здравоохранения, была создана канцлером Германии **Отто фон Бисмарком** в 1881 году. Она представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законе о компенсациях работникам железной дороги (принят в 1838 г.) и

законе о шахтерских обществах (принят в 1854 г.). Функции страховщика вначале выполняли специально созданные фонды социального страхования, позднее сменившие их «больничные кассы», которые помимо расходов на лечение оплачивали пособия по безработице, пенсии и т.д. Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть от работодателя. Эта система служила и служит моделью для системы медицинского страхования.

Система Бевериджа или национальная система, введенная премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем, имела важную отличительную особенность, которая сохранилась до настоящего времени. Для нее характерно финансирование за счет общего налогообложения. Пациенты в этом случае имеют возможность отчасти регулировать спрос по законам свободного рынка, так как обладают правом свободного выбора врача.

Государственная (социалистическая) система здравоохранения была создана в России в начале 20х годов XX века Н.А. Семашко. Для этой системы характерны: всеобъемлющая роль государства в организации деятельности здравоохранения страны, централизация управления, преимущество государственного финансирования.

Советский Союз был одной из первых стран, обещавших полное бесплатное медицинское обслуживание своим гражданам. Записанное в Конституции право на бесплатную медицинскую помощь носило не только социальный, но и политический характер, так как должно было символизировать прогрессивность социалистической системы и служить орудием пропаганды. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использование отдельных положений системы в ряде других стран [9].

На практике в современных условиях ни одна из этих систем, как правило, не доминирует полностью. Напротив, дополняя друг друга и соединяясь в различных сочетаниях, инвесторы образуют сложную систему финансирования медицинской деятельности. Только такой комплексный подход и может реально обеспечить привлечение достаточного количества денежных средств в систему здравоохранения. Так, с внедрением системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан приоритетно формируется механизм смешанного бюджетно-страхового финансирования здравоохранения [10].

Следует отметить, что кроме основных каналов финансирования (бюджет и ОМС) в современных условиях медицинские организации используют и другие источники поступления денежных средств, легальные и нелегальные. К первым относятся, прежде всего, доходы государственных и местных лечебно-профилактических организаций (ЛПО) от оказания медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования, от реализации медицинских услуг на платной основе, других видов хозяйственной деятельности, а также доходы частной системы здравоохранения.

Нелегальное оказание платной медицинской помощи, хотя и влечет за собой приток дополнительных средств в здравоохранение, в то же время вызывает стихийное перераспределение денежных сумм, что, с одной стороны, усиливает инфляционные тенденции в экономике, а с другой, усложняет анализ

ситуации и делает невозможным контроль за уровнем потребления услуг здравоохранения.

## **1.2 Источники, формы и методы финансирования лечебно-профилактических организаций**

В условиях формирования и развития рынка услуг здравоохранения особое значение приобретают финансовые отношения лечебно-профилактических организаций, реализующиеся в определенной финансовой среде.

Под финансовой средой в настоящем случае понимается сфера взаимодействия субъектов финансовых отношений. Для лечебно-профилактических организаций в качестве таких субъектов выступают: органы государственной власти распорядители бюджета, казначейство, банки, валютные фонды, страховые и лизинговые компании, пенсионные фонды, фондовые биржи, страховые банки.

Финансово-экономическое обеспечение деятельности лечебно-профилактических организаций является определяющим фактором их финансовой стабильности, платежеспособности, а главное конкурентоспособности оказываемых ими медицинских услуг. Основой стабильности является наличие финансовых ресурсов и прочно налаженные связи со всеми структурными подразделениями финансовой среды, позволяющие восполнять недостающее ресурсное обеспечение. С экономической точки зрения финансовые ресурсы это совокупность денежных средств (собственных и привлеченных), находящихся в хозяйственном обороте и используемых в процессе предпринимательской деятельности [11].

В условиях перехода к рыночной экономике здравоохранение, как один из важнейших социальных институтов общества, нуждается в структурно-функциональной реформе, одной из приоритетных задач которой должно стать определение источников, форм и методов финансирования лечебно-профилактических организаций, позволяющих отрасли отказаться от остаточности финансирования, изменить систему управления и выработать экономические механизмы, влияющие на выбор способов финансирования медицинских организаций [12].

В практике хозяйственной деятельности финансовые средства принято дифференцировать по источникам их формирования на внешние и внутренние.

Из внешних источников финансирования формируются денежные ресурсы, изначально не принадлежавшие медицинской организации, но поступающие в ее распоряжение. К ним могут относиться в зависимости от избранной модели финансирования здравоохранения:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства государственных фондов, полученные лечебно-профилактическими организациями от территориального фонда ОМС напрямую или через медицинскую страховую организацию на реализацию программ обязательного медицинского страхования населения;

- средства от договоров ДМС и прямых договоров на оказание медицинских услуг;
- благотворительные средства;
- средства, полученные по договорам с предприятиями (организациями) на содержание медицинской организации;
- кредиты (банков и других организаций).

На благотворительной основе денежные суммы для обеспечения деятельности лечебнопрофилактической организации могут поступать как от коммерческих, так и некоммерческих организаций.

Все средства, независимо от источников финансирования, направляются на покрытие расходов ЛПО, на мероприятия, предусмотренные сметами, утвержденными в соответствующем порядке [13].

В условиях рыночной экономики выигрывает то учреждение, которое сформирует оптимальную схему привлечения финансовых средств, гарантирующую выполнение обязательств ЛПО.

В сегодняшних условиях ЛПО имеют возможность пополнения недостающих для обеспечения лечебнодиагностического процесса финансовых средств за счет привлечения альтернативных источников внешнего финансирования, чаще всего в качестве таких источников для ЛПО могут использоваться кредит, лизинг и факторинг.

Кредит (ссуда) это передача от одного лица (физического или юридического) другому лицу денежных средств на условиях срочности, возвратности и платности. Как правило, в качестве кредиторов выступают коммерческие банки, которые в процессе решения вопроса о возможности заключения кредитного договора оценивает способность клиента возратить полученную ссуду в срок с процентами. В зависимости от срока возврата принято различать следующие виды кредитов:

- краткосрочные (до 1 года);
- среднесрочные (от 1 до 3 лет);
- долгосрочные (более 3 лет).

Иногда часть ссуд выдается в форме открытия лимита, то есть «кредитной линии» по овердрафту (предоставление банком кредита клиенту сверх остатка по его текущему счету). Кредит наиболее интересен для ЛПО как форма пополнения недостающих оборотных средств, например, для приобретения по наиболее выгодным ценам больших партий медикаментов, реактивов, медицинского инструментария, продуктов питания, других предметов для обеспечения лечебнодиагностического процесса.

Для приобретения дорогостоящего медицинского оборудования и других основных фондов в условиях рыночных отношений наиболее эффективно могут быть использованы лизинговые операции. В широком смысле лизинг является своеобразной формой финансирования путем передачи во временное использование машин, оборудования, транспортных средств и других дорогостоящих основных фондов. Хозяином субъект, пользуясь лизинговыми услугами, фактически может получить необходимые средства

производства и начать свою деятельность при наличии половины, а иногда и меньше половины тех средств, которые требуются для полноценного оснащения медицинской организации.

Другим нетрадиционным видом кредитования является факторинг, суть которого заключается в приобретении у клиента неоплаченных платежных требований (т.е. его дебиторской задолженности) за товары, работы или услуги. При проведении такого рода операций факторинговые фирмы обычно выплачивают клиенту сразу всю сумму его требований по дебиторской задолженности. Размер оплаты факторинговых услуг при этом зависит от существующего на рынке уровня ставок по краткосрочным кредитам и времени оплаты расчетных документов. Факторинговое обслуживание наиболее привлекательно для тех организаций, которые испытывают финансовые трудности из-за невыполнения обязательств их должниками и при этом не имеют дополнительных источников денежных средств [11,с-29].

Окончательное решение о необходимости применения медицинской организацией указанных альтернативных вариантов привлечения финансовых ресурсов принимается ее руководителем с учетом конкретных условий осуществления хозяйственной деятельности организации. К сожалению, использование перечисленных видов финансирования ограничивается в настоящее время, как неразвитостью банковской системы, так и слабым уровнем хозяйственной самостоятельности многих государственных и муниципальных медицинских организаций и недостаточным уровнем подготовленности их руководителей.

Что касается форм финансирования, применяемых в отрасли, то в укрупненном виде их можно представить как:

- авансирование;
  - кредитование;
  - субсидирование (выделение целевых средств на возвратной основе);
  - субвенцирование;
  - трансферты (перевод средств с одного финансового уровня на другой)
- [11,с-31].

Методы финансирования, используемые сегодня в здравоохранении, как правило, зависят от способа и организации оплаты медицинской помощи [14].

По мнению этих авторов, к основным методам можно отнести следующие:

- метод возмещения расходов: различают ретроспективную (по фактическим затратам) и предварительную (по заранее рассчитанным тарифам) системы оплаты;
- метод ориентации на объемы деятельности (выделяют способы оплаты, зависящие от объема оказанной медицинской помощи и не зависящие от числа обслуживаемых пациентов);
- метод оплаты по укрупненным (агрегированным) единицам деятельности медицинской организации, подлежащим оплате (в расчете на законченный случай лечения, прикрепленный контингент и т.д.);

- метод определения состава затрат, включаемых в тариф на принятую единицу объема медицинской помощи.

Среди принципов финансирования выделяют следующие: по смете, по нормативам, за оказанные медицинские услуги, по программам, от достигнутого, под конкретные расходы [15]. Авторы подчеркивают, что нет плохих или хороших принципов финансирования, достоинства и недостатки каждого определяются целым рядом условий: особенности деятельности конкретных служб или организаций; цели, достижение которых должен обеспечивать принцип финансирования; действующий хозяйственный механизм.

Формирование финансовых результатов ЛПО в большинстве случаев зависит от наличия заказа на объемы работ и их финансового обеспечения. В тех случаях, когда в качестве заказчика выступают субъекты государства, можно говорить о том, что финансовые результаты ЛПО являются результатом работ с бюджетными ресурсами.

Действующие системы финансирования медицинской помощи основаны, как правило, на отдельной оплате каждого вида помощи стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой, стоматологической [16].

Финансирование лечебно-профилактических организаций по смете расходов наиболее характерно для бюджетной системы, и применение этого принципа в современных условиях воспроизводит прежнюю схему финансирования.

К достоинствам финансирования ЛПО в зависимости от объема оказанных услуг (посещений врача, выписки рецептов, лабораторных исследований, процедур) по согласованным тарифам можно отнести простоту в применении и понимания работниками здравоохранения, прямую связь дохода с объемом оказанных услуг, что может положительно сказаться и на качестве медицинского обслуживания. Основным недостатком этого способа финансирования его затратный характер: ЛПО не заинтересованы в оптимизации объемов оказываемых медицинских услуг, а, следовательно, и в оптимизации расходов. При применении этого способа финансирования ЛПО в системе медицинского страхования (как обязательного, так и добровольного) страховщики берут на себя осуществление контроля за обоснованностью оказываемых пациентам медицинских услуг, однако такой контроль недостаточно эффективен. Кроме того, тарифы, как правило, разрабатываются индивидуально для каждого ЛПО на основе фактических затрат при оказании медицинской помощи. Это ведет, во-первых, к воспроизводству затратной плановобюджетной системы финансирования, и, во-вторых, к неравным стартовым условиям для ЛПО одного профиля и значительной дифференциации затрат на оказание медицинской помощи.

Наибольший интерес представляют следующие два способа оплаты медицинских услуг:

- по законченным случаям лечения, заранее классифицированным по некоторым признакам (трудозатраты, тяжесть случая, общие расходы);

- по подушевому принципу в расчете на одного прикрепленного к ЛПО пациента с учетом половозрастной структуры населения.

Эти способы не носят явного затратного характера и стимулируют рациональное использование ограниченных финансовых ресурсов, однако могут привести к необоснованному сокращению объемов оказываемой пациентам медицинской помощи и ухудшить качество медицинского обслуживания. Эффективность их применения зависит от методики расчета тарифов и подушевых нормативов. Если они рассчитываются индивидуально для каждого ЛПО и основываются на фактических затратах прошлых лет, а не на научно разработанных нормативах, то затратный механизм бюджетного финансирования будет воспроизводиться и при этих способах оплаты медицинских услуг, а для ЛПО будут создаваться неравные стартовые возможности.

Способ оплаты работы ЛПО за законченный случай лечения в большей мере приемлем для финансирования стационарной помощи. Оплата услуг стационара по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении имеет определенный антизатратный характер, стимулирует сокращение сроков лечения, заинтересовывает в увеличении объема деятельности, при этом пациентам гарантируется определенный пакет услуг, обеспечивающий стандартный уровень качества лечения.

Для амбулаторно-поликлинических организаций более перспективным является финансирование по подушевому принципу, с выделением ЛПО денежных средств на численность прикрепленного населения с учетом финансового норматива, обеспечивающего годовую потребность одного человека в амбулаторно-поликлинической помощи.

Следует заметить, что эффективность использования перечисленных способов финансирования ЛПО во многом зависит от способа формирования финансовых нормативов. Например, только единая стоимость пакета медицинских услуг для однопрофильных отделений стационаров обеспечивает противозатратность данного способа финансирования. Для обеспечения эффективности финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по среднелучевым нормативам потребления недостаточно только использования единых тарификаторов медицинских услуг, они должны быть дополнены возможностью свободного выбора пациентом врача и ЛПО и системой контроля качества медицинского обслуживания.

Таким образом, выбор оптимального механизма и способа оплаты медицинских услуг является важным экономическим рычагом и определяет эффективность медицинского обслуживания [17].

### **1.3 Основные системы финансирования здравоохранения в странах дальнего зарубежья**

Здравоохранение представляет собой особый сектор экономики, в котором недостатки рыночных отношений могут оказывать значительно большее негативное влияние, чем в других сферах, поэтому в области медицинского

обслуживания требуется тщательное сочетание рыночных сил и государственного вмешательства.

Соотношение рыночных начал и государственного регулирования в сфере медицинского обслуживания зависит от характера восприятия в той или иной стране услуг здравоохранения как социально-экономического блага. То есть от того, рассматривается ли медицинское обслуживание в основном как частное потребление услуг по поддержанию здоровья, финансирование которого ложится главным образом на самого человека. Или как социальное благо всего общества, которое должно распределяться равномерно между всеми членами социума вне зависимости от их платежеспособности, в этом случае оно должно финансироваться коллективно.

Характерная черта современности интернационализация социально экономических проблем. Этот процесс в существенной степени затрагивает и сферу здравоохранения. Ширится международное сотрудничество на многосторонней основе и через посредство межправительственных организаций.

В последние десятилетия все большее влияние на политику многих стран в области здравоохранения оказывает такой крупный инвестор, как Всемирный банк, предоставляющий государственные займы на осуществление различных программ и мероприятий. Банк выступает за финансовые вложения в проведение наиболее экономически эффективных мероприятий в системе здравоохранения, за поощрение разнообразия и соревновательности в финансировании и обеспечении медицинского обслуживания населения.

Центральную роль в международном сотрудничестве играла и играет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) крупнейшая международная межправительственная организация, которая занимается разработкой политики здравоохранения в глобальных масштабах [18].

Основные действующие в мире системы здравоохранения по способу финансирования разделяются на:

- финансируемые преимущественно через государственный бюджет (Англия, Италия, Дания, Ирландия);
- построенные на принципах социального страхования, с финансированием на трехсторонней основе: посредством взносов предпринимателей, работников и субсидий государства из общих и целевых бюджетных поступлений (при этом в ряде государств, например, в Швеции и Финляндии действует смешанное бюджетно-страховое финансирование);
- плюралистические системы, финансируемые преимущественно на основе частного страхования и из личных средств населения (США) [19].

Большинство дискуссий политического плана в отношении финансирования систем здравоохранения концентрируется вокруг вопроса о преимуществах общественного или частного финансирования деятельности систем здравоохранения. Так, частное финансирование, особенно в развивающихся странах, в значительной мере является синонимом наличной оплаты, либо взносов в небольшие добровольные и часто фрагментированные

пулы. В противоположность этому, общественное или обязательное частное финансирование (из общего налогообложения или из взносов в систему социального страхования) всегда ассоциируется с предоплатой и значительными пулами.

Создание пула это процесс аккумуляции финансовых средств (налоговых поступлений, страховых взносов и т.д.) и управление ими таким образом, чтобы обеспечить оплату необходимого объема медицинских услуг всем пулом, а не каждым вкладчиком индивидуально. Главная цель пула объединение усилий в покрытии финансовых рисков, связанных с процессом получения населением медицинской помощи.

Организация государством общественного финансирования отрасли или степень его воздействия на регулирование частного финансирования определяет четыре ключевые детерминанты финансовой системы здравоохранения: уровень предоплаты, степень распределения риска, степень субсидирования бедных и стратегические закупки.

Размер предоплаты в основном характерен при доминировании механизма сбора налоговых поступлений в единый бюджет (фонд). Общее налогообложение позволяет максимально разъединить получение взносов и их использование, в то время как финансирование здравоохранения по принципу «гонорар за услугу» не позволяет этого сделать. Тем не менее, последняя модель широко используется, особенно в развивающихся странах. Это объясняется тем, что разделение поступления взносов и их использования требует, чтобы организации, ответственные за сбор взносов, обладали очень сильными установочными и организационными возможностями. Во многих развивающихся странах такие возможности отсутствуют. Ориентация на авансирование, в частности через общее налогообложение, с организационной стороны является настоятельно необходимой, но общее налогообложение как основной источник финансирования здравоохранения требует наличия хорошо организованной системы сбора налогов или взносов. Это обычно ассоциируется с доминированием формальной экономики, в то время как в развивающихся странах преобладает неформальный сектор. В странах ОЭСР общее налогообложение в среднем дает 40 % от ВВП, в странах с низким уровнем доходов оно составляет менее 20%.

В странах со средним уровнем доходов и более развитой формальной экономикой стратегии увеличения предоплат и создания пулов включают усиление и расширение систем обязательного страхования с учетом размера зарплаты или степени риска, наряду с увеличением доли общественного финансирования, особенно при оплате медицинских услуг бедным слоям населения.

Хотя предоплата и создание пулов являются значительным прогрессом в сравнении с системой «гонорар за услугу», в этих системах не принимается во внимание дифференциация доходов населения. С помощью принципа солидарности больших пулов страховые общества получают преимущества масштабной экономии, и перекрестного субсидирования от лиц с низкими

страховыми рисками в пользу лиц с высокими рисками. Создание пулов само по себе по закону больших чисел позволяет уравнивать взносы членов пула независимо от их финансового риска, связанного с оказанием медицинской помощи. Перекрестное субсидирование практикуется также среди членов различных пулов (в системах множественных пулов) через механизмы выравнивания выраженных рисков и доходов. Подобные схемы используются в системах социального страхования Аргентины, Колумбии и Нидерландов. В этих странах наличие множественных пулов позволяет их членам иметь различный уровень рисков и доходов. Следует отметить, что без наличия определенных компенсаторных механизмов администрации пулов будут стремиться отбирать лиц с низким риском и исключать из программ страхования бедных и больных.

Кроме того, необходимо помнить, что в таких системах бедные члены пула с низким риском заболеть и обратиться за медицинской помощью по существу субсидируют богатых членов с высокими рисками. Нивелирование последнего обстоятельства в большинстве систем здравоохранения достигается дополнением перекрестного субсидирования рисков (через создание пулов) правительственными субсидиями.

Еще одной серьезной проблемой такого способа финансирования могут стать значительные региональные различия в рисках и доходах, если система не сопровождается механизмами выравнивания использования ресурсов. Например, для снижения такого рода различий Бразилия ввела компенсаторные механизмы в распределении средств между штатами со стороны центрального правительства (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.).

В странах, применяющих страховую модель финансирования здравоохранения, широко используются субсидии государства из общих или целевых бюджетных поступлений, поэтому риски в этой сфере страхования, в отличие от других видов, лишь частично зависят от уровня дохода клиента и сферы его занятости. В Японии, например, общественный взнос предприятий и работников составляет 8,4% от фонда заработной платы, Германии 12%, Бельгии 8,6%, Австрии 10%, Франции 19%, России 3,6%, в Республике Казахстан 3%.

В большинстве стран с системой социального страхования финансовое участие предпринимателей превалирует над долей средств, вносимых самими застрахованными. Во Франции, например, работодатели уплачивают 12,5%, а рабочие и служащие 6,5%.

Взносы носят обязательный характер для всех получателей доходов, но, как правило, не взимаются с пенсионеров и лиц с низкими доходами.

Социальная функция систем социального страхования здравоохранения отличается от бюджетных. Обе системы финансируются из общественных фондов потребления, обеспечивают распределение медицинской помощи и социальных гарантий всему населению вне зависимости от затрат труда в хозяйстве страны. Несколько более высокий удельный вес платной медицинской помощи в странах с соцстраховским здравоохранением принципи-

ального значения не имеет, тем более что в ряде стран, например, в Германии и Швеции, ее удельный вес не выше, чем в странах с государственной системой здравоохранения.

Взносы в фонды социального страхования являются по существу разновидностью налогов. Аккумулируемые фонды находятся под контролем государства и являются частью государственных финансов. Правительство осуществляет общее управление отраслью, руководствуясь общественными целями и приоритетами.

При бюджетном финансировании работник получает зарплату, из которой уже изъяты средства на здравоохранение, а в системе социального страхования он сам делает взносы в соцстраховские фонды здравоохранения. Отличие лишь в формах обобществления, а величина средств определяется не только местом здравоохранения в системе общественных ценностей, но и политическими, экономическими, историческими и другими причинами.

Члены общества должны быть защищены от катастрофического финансового риска, что означает сведение до минимума расходов за счет собственных средств, ограничение таких расходов только небольшой суммой, необходимой для оплаты доступных товаров или услуг. В этом случае предпочтение отдается всем формам предварительной оплаты, будь то в виде общего налогообложения, обязательного социального страхования или добровольного частного страхования, поскольку они позволяют объединить риски и допускают возможность использования услуг, которые, по крайней мере отчасти, отделены от системы связанных с ними выплат.

К особенностям соцстраховской системы финансирования здравоохранения следует отнести, прежде всего, целевую основу формирования страховых фондов и их ориентацию на определенный круг лиц, участвующих в соответствующей страховой программе.

Целевое финансирование обеспечивает несомненное преимущество системы социального страхования по сравнению с бюджетной системой: трехсторонние взносы (государство, предприниматели, рабочие или служащие) идут не в общий бюджет, а на определенные цели, обеспечивая плательщикам твердую гарантию возвратности этих средств, что придает всему механизму формирования фондов более высокую эффективность.

Борьба трудящихся за свои права заставляет правительства и предпринимателей расширять свое участие в создании страховых фондов, наряду с увеличением взносов и работников. В Германии в 1995г. совместные взносы предпринимателей и рабочих составляли 12% от фонда заработной платы, тогда как в 1979г. 8,1%, во Франции, соответственно, 19% против 15,7%, в Японии 8,4% против 7,0%. Тенденция к увеличению целевых взносов носит универсальный характер. Общество платит все более высокую цену за охрану здоровья.

Вторым важным достоинством соцстраховской медицины является преимущественно децентрализованный характер финансирования. Историческим предшественником соцстраховских систем были больничные

кассы или фонды взаимопомощи рабочих, создаваемые на предприятиях или по месту жительства. Средства больничных касс формировались без участия предпринимателей и государства. Размеры этих средств были недостаточны, с принятием законов о социальном страховании финансовая база касс существенно укрепилась, но принцип автономии каждой из них сохранился. Поэтому до сих пор для соцстраховских систем характерно наличие большого количества программ, имеющих собственную финансовую базу. В Германии, например, функции формирования и распределения страховых фондов возлагаются на 1800 страховых касс. Около половины застрахованных являются членами касс по месту жительства. Рабочие крупных предприятий страхуются в кассах по месту работы. Основная часть служащих (до 86%) имеют свои страховые фонды. Все страховые фонды предусматривают примерно одинаковые базовые льготы застрахованным, а дополнительные льготы определяются финансовым положением касс.

Принцип децентрализации формирования фондов носит универсальный характер во всех странах, тогда как число страховых программ может резко отличаться. В Японии, например, действует 9 программ социального страхования, охватывающих 95% населения. Страховые общества могут самостоятельно изменять ставки взносов, но в пределах, утвержденных Министерством здравоохранения.

Децентрализация страховых фондов базируется на мощной финансовой базе территориальных органов управления. Центральные органы власти лишь добавляют к средствам, собранным на местах, используя при этом средства общих и целевых субсидий.

С помощью субсидий решаются приоритетные стратегические задачи развития отрасли, усиливается помощь в районах с высоким уровнем заболеваемости, осуществляется выравнивание условий оказания медицинской помощи по районам страны. Таким образом, выделение субсидий позволяет центральной власти активно влиять на развитие территориального здравоохранения и не мешать при реализации местных программ.

К преимуществам модели социального страхования перед бюджетной медициной следует отнести также:

- открытость страховых программ для всех предприятий, включая те, у которых нет достаточной базы для создания собственных медицинских организаций;
- свобода участия в системе социального страхования без ущерба для интересов населения, не охваченного страховыми программами, поскольку их финансирование осуществляется за счет страховых взносов предприятий и населения, а не на бюджетные ассигнования;
- более активная роль медицинских организаций, материально заинтересованных в снижении потребности в медицинской помощи, улучшении условий труда, экологической безопасности производств.

Вместе с тем множественность страховых фондов и программ порождает серьезные проблемы:

- труднее проводить общенациональную политику охраны здоровья населения;

- повышается вероятность искажения очередности задач у центра и на местах;

- фрагментарность страховых программ усиливает позиции профессиональных медицинских ассоциаций, позволяя им диктовать свои требования, что приводит к удорожанию лечения; поэтому государство стремится во всех странах к объединению фондов, программ, унификации ставок, льгот, установлению общенациональных стандартов медицинской помощи;

- открытость для притока дополнительных средств на определенном этапе ведет к удорожанию медицинской помощи; врачи утрачивают интерес к простым и надежным методам лечения; недостаточно эффективно используется медицинская техника, так как, приобретая технику, организации не ищут партнеров для совместного и полного ее использования.

Все эти проблемы обострились в последние десятилетия во всех странах, использующих модель финансирования здравоохранения, основанную на принципах социального страхования. Поэтому повсюду возрастает роль государства в поиске экономических ориентиров, определении предельных размеров затрат на здравоохранение и осуществлении жесткого контроля над расходами в этой отрасли. В итоге соцстраховские системы стали приближаться к государственным: сильнее стали внешние ограничения, усилилось централизованное начало в управлении, снизилась автономия страховых фондов. Но эти новые тенденции не устранили соцстраховскую систему здравоохранения, а мобилизовали силы для ее поддержки.

Проблемы здравоохранения зарубежных стран, пути их решения постоянно анализируются, обсуждаются и доводятся до научной и медицинской общественности, правительств и населения этих стран.

Рассмотрим наиболее представительную систему бюджетного здравоохранения Национальную службу здравоохранения (НСЗ) Великобритании, ее достоинства и недостатки, механизм функционирования.

НСЗ создана в 1948 г., она объединяет государственные медицинские организации, контролирует и оплачивает деятельность частных медицинских институтов. Бюджет НСЗ является частью государственных финансов. Общее управление НСЗ возложено на Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Важнейшая черта НСЗ высокая степень централизации фондов. Из общих налоговых поступлений покрывается 87% расходов НСЗ, 10% покрытия расходов приходится на соцстраховские средства и 3% за счет поступлений от платных медицинских услуг населению. Если оценить весь объем платной медицинской помощи, в том числе предоставляемой в частном секторе (за пределами НСЗ), то на ее долю приходится 1214% общих затрат на здравоохранение (с учетом приобретения населением лекарств по рецептам врачей). С самого начала НСЗ задумывалась как жесткая система бюджетного финансирования с высокой степенью централизации фондов. Роль местных

финансов в ней незначительна. Основная часть средств формируется в центральном бюджете и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали: округа, города, медицинские организации.

Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения, и эта проблема оказалась в итоге для Англии менее острой, чем для стран с соцстраховской системой финансирования. Бюджетные ограничители заставляют медиков экономить, ограничивать масштабы использования дорогостоящей, но не всегда нужной техники, снижать вероятность злоупотреблений. В итоге в практике английского здравоохранения значительно реже, чем в других странах, встречаются случаи навязывания пациентам ненужных процедур, лекарств, манипуляций в целях получения дополнительного дохода. В целом НСЗ функционирует без очевидных признаков расточительности и неэффективности и обходится обществу дешевле, чем в других странах. Так, доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте в последние годы (конец 90х – начало 2000х) в Англии составляла 6,2%, тогда как в Швеции 9,1%, Франции и Канаде 8,5%, Германии 8,1%, Японии 6,7%, в США 11,1%, в России в конце 90х 2,3%, в Республике Казахстан 2%.

В то же время нехватка ассигнований на здравоохранение в Великобритании проявляется значительно острее, чем в других странах, что во многом обусловлено самим принципом бюджетного финансирования, при котором выделение средств на здравоохранение находится в тесной зависимости от других статей государственных расходов, в значительной мере конкурирует с ними, а возможностями к расширению источников финансирования отрасли при жесткой системе бюджетного финансирования НСЗ не обладает [20].

В странах с финансированием по системе социального страхования рычаги расширения фондов здравоохранения действуют более широко и гибко, чем в системе бюджетного финансирования. Например, в Англии нельзя целевые взносы в фонды медицинского страхования использовать на другие нужды, в странах с системой социального страхования таких жестких ограничений нет.

На том этапе развития медицины, когда решались относительно простые задачи борьбы с массовыми инфекционными болезнями, бюджетная система финансирования демонстрировала свои преимущества. В настоящее время она стала тормозом для развития отрасли.

Централизованное финансирование сдерживает технический прогресс в отрасли. В современных условиях, когда усложняются заболевания, повышается доля пожилых людей в составе населения, растет степень индивидуализации потребностей в медицинском обслуживании, происходят качественные сдвиги в медицинской технологии, необходимо существенное расширение финансовой базы отрасли, подключение новых, более действенных механизмов ее формирования.

Поэтому в настоящее время здравоохранение Англии, превосходящее другие западные страны по уровню доступности медицинской помощи, сильно уступает им по технической оснащенности и масштабам использования

новейших медицинских технологий. Примерно в 1,22,0 раза в Англии меньше, чем в странах с соцстраховской системой, компьютерных томографов, ниже удельные показатели распространения средств мегавольтной терапии, сканирующих устройств, основанных на явлении магнитного резонанса. Еще сильнее это отставание от США. Например, английские врачи делают хирургических операций на коронарной артерии в 10 раз меньше на душу населения, чем американские врачи.

Согласно расчетам ИМЭМО АН РФ объем расходов на здравоохранение на душу населения в Англии составляет 1/3 от уровня США и 1/2 от среднего уровня стран, имеющих, в основном, соцстраховские системы финансирования здравоохранения [21].

Централизованное финансирование приводит и к увеличению неудовлетворенного спроса населения. В современных условиях в Англии возрастают трудности получения медицинской помощи вовремя. Наблюдается увеличение сроков ее ожидания даже в условиях необходимости срочного вмешательства, поэтому проблема доступности лечения обостряется [22].

Анализ австралийской модели здравоохранения показывает принципиальную возможность создания общественного сектора здравоохранения, адекватно финансируемого правительством, наряду с расширяющимся частным сектором для пациентов, желающих выйти из общественного сектора. Здравоохранение Австралии хорошо организовано, отвечает требованиям высоких стандартов объема и качества медицинской помощи. Хорошо развиты и общественный, и частный секторы здравоохранения. Основой государственного сектора здравоохранения является созданная в 1976 году система «Medibank», отвечающая макроэкономике страны и идеологическим принципам правительства. Пройдя эволюцию совместно с политическими движениями в стране, сегодня эта система трансформирована в систему «Medicare» и с 1984 года является основой здравоохранения.

Средства на финансирование программы частично (в размере 1,25%) формируются за счет средств федерального бюджета, частично удерживаются на федеральном и региональном уровнях в виде специальных налогов. Этой системой охвачены все жители страны на уровне первичной медицинской помощи (коммунальный уровень). Специализированная и стационарная помощь оплачивается только в специально выбранных больницах.

Для желающих расширить рамки получения медицинской помощи есть довольно распространенная сеть частного страхования с правом выбора врача и условий лечения. Около 60% населения охвачены «Medicare» и около 40% частным страхованием. В то же время растет число частных клиник. Рынок частной медицины объединяет 57 фондов страхования, большинство из которых независимы и работают на некоммерческой основе, 34 из них объединены в Ассоциацию добровольного медицинского страхования страны.

Государственное регулирование проявляется в запрещении страхования свыше установленных нормативов и предупреждении экстраразходов и

является эффективным средством удержания цен в частном секторе. Это к тому же предупреждает противостояние между частным и общественным секторами здравоохранения. Система сдерживания цен на медицинские услуги в Австралии очень проста, в ней доминируют три основных механизма:

- контроль бюджета на региональном уровне с увеличением роли местного управления;
- контроль капитальных затрат, также на местном уровне с жестким управлением в общественном секторе и ограничениями в затратах частного сектора;
- контроль федеральным правительством доходов врачей с ограничением экстра расходов.

На взгляд со стороны, такая система при условии действенности всех трех механизмов, кажется более гибкой и перспективной, чем в Канаде или Национальная система здравоохранения Канады, Medicare, характеризуется всеобщим охватом населения без доплат (коммерциализация здравоохранения запрещена законодательством). Она базируется на общем налогообложении и медицинском страховании [22].

Система представляет собой хорошее соотношение управления здравоохранением центральным правительством и децентрализованного управления на местах, в 10 провинциях. Государство покрывает около 40% затрат и провинции около 60% за счет системы налогообложения.

Канада с равной степенью успеха использует единый бюджет для контроля финансов больниц, цен, амбулаторных услуг. Весь бюджет формируется, обсуждается и утверждается на уровне провинций. Канада имеет, по существу, 10 отдельных национальных систем. В каждой провинции имеется возможность деятельности частных страховых некоммерческих компаний. Самой большой из них является theBlueCrossPlan.

В Канаде свободный выбор врачей, врачи общей практики играют ведущую роль в координации и оптимизации лечения, зарплату они получают за объем оказанных услуг, но размер платы и объем услуг жестко контролируются.

В целом, сильными сторонами Канадской системы являются:

- хорошие показатели здоровья населения;
- достаточность финансирования;
- высокие медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи, контролируемые специалистами;
- высокая технологичность отрасли;
- удачное сочетание бюджетного финансирования и государственного медицинского страхования;
- стройная система постоянного постдипломного обучения врачей;
- сильная роль врачей общей практики;
- хорошие доходы врачей.

Слабыми сторонами системы являются:

- высокая стоимость медицинской службы;

- возрастающие социальные проблемы;
- прямой, подчас не нужный, доступ к специалистам;
- рост ожидания медицинской помощи;
- слишком малая ответственность врачей общей практики;
- заметная разница в доходах между врачами общей практики и специалистами.

Здравоохранение Новой Зеландии строится по иерархическому принципу, получая средства от Министерства здравоохранения и распределяя их соответственно численности обслуживаемого населения.

Первичная медицинская помощь оказывается, как и в Великобритании, врачами общей практики. Существуют также семейные врачи, коммунальные медицинские службы. Следует считать, что, как и в Великобритании, врачи общей практики, семейные врачи работают на контрактной основе. Их доход на 1/2 покрывается фондом общественного страхования, остальную часть они получают за счет оказания платных услуг.

Вторичная медицина включает услуги специалистов клинического и параклинического профилей, к которым ВОП направляют своих больных. Их основной доход платные услуги.

К третьему уровню относятся больницы, которые в отличие от первых двух секторов являются государственными, хотя и тесно сотрудничают с частным сектором.

Следует отметить, что в Новой Зеландии существует и развитая сеть частных больниц, в основном хирургического профиля, в которых на платной основе выполняется до 30% всего объема хирургической помощи в стране.

Почти половина населения охвачены разными формами медицинского страхования. В отличие от Великобритании, страховая система Новой Зеландии покрывает в основном расходы на больничную помощь, оставляя значительную долю затрат на первичную и вторичную помощь самим пациентам. В целом же до 75% бремени расходов несет правительство, 25% сами жители страны. Затраты на здравоохранение составляют 7,4% от ВВП.

Система здравоохранения Нидерландов очень сложна. Она может быть отнесена к числу систем, сочетающих услуги частного сектора с государственным регулированием. Качество оказываемых медицинских услуг очень высокое, что обусловлено в немалой степени поддержкой государством медицинской науки и технологии. Центральное место в политике правительства занимают проблемы профилактической медицины, создание условий для достижения хорошего здоровья, межсекторальное сотрудничество.

Для покрытия затрат на здравоохранение существуют три типа медицинского страхования, в зависимости от желания и возможностей пациентов:

фонд медицинского страхования (фонд болезней), обеспечивающий обязательный уровень страхования; за счет средств этого фонда покрываются расходы, связанные с оказанием медицинской помощи врачами общей практики, специалистами, акушерами, долгосрочной стационарной помощью,

лекарственной и основной стоматологической помощью; этот вид страхования охватывает 60% населения;

- частное медицинское страхование предназначено для жителей с высоким уровнем доходов, оказывает тот же объем медицинских услуг; этим видом страхования охвачено 33% населения;

- специальное медицинское страхование обеспечивает оплату медицинской помощи государственных и муниципальных служащих 6% населения.

Объем социального страхования, критерии качества и количества оказываемых медицинских услуг устанавливаются правительством по согласованию с Советом фондов медицинского страхования и доводятся до всех застрахованных. Правительство распределяет бюджет на весь сектор здравоохранения (включая частный), определяет размер страхового взноса для работодателей и работающих. Сбор взносов осуществляется Советом фондов медицинского страхования.

С целью повышения доступности всех видов медицинской помощи каждому жителю страны Правительство Нидерландов предполагает провести реорганизацию здравоохранения по следующим направлениям:

- внедрение общей базовой системы медицинского страхования, обеспечивающей медицинскую помощь всем жителям страны, за счет которой будет оплачиваться 95% всех затрат на здравоохранение; основная часть страховых взносов будет вноситься в Фонд, часть (в размере номинальной премии) напрямую страховщику;

- усиление рыночных механизмов в здравоохранении путем повышения ответственности страховщиков, которые должны будут вступать в конкурентную борьбу за право страхования населения.

Специалисты в области экономики здравоохранения, менеджеры, врачи все чаще обращаются к опыту западноевропейских стран (Великобритания, Германия и др.) и Канады, где доминирует государственный сектор и существует плановая, контролируемая система финансирования, сохраняется высокий уровень и качество медицинской помощи [24].

В Бельгии действует система обязательного медицинского страхования, покрывающая медицинские риски большей части населения. Правительство формирует глобальный бюджет здравоохранения, регулирует размеры и порядок внесения страховых взносов, контролирует переговоры страхователей и страховщиков, планирует инвестиции в больницы.

В бельгийской страховой модели больницы получают оплату за стационарную помощь населению от страховщиков, а за оказанную амбулаторную помощь расплачиваются пациенты, которым страховые компании возмещают впоследствии часть стоимости услуг. Цены на все виды медицинских услуг устанавливаются путем переговоров между страхователями и страховщиками.

Немецкая система здравоохранения базируется на стремлении к равенству в потреблении медицинских услуг и обеспечении надежного контроля за

расходами в условиях существования широкой сети самоуправляемых и самофинансируемых больничных касс. Система социального медицинского страхования охватывает 267 территориальных больничных касс, 690 промышленных, 152 больничные кассы для ремесленников, 19 для сельскохозяйственных работников, 7 дополнительных больничных касс для служащих и 8 для рабочих, одну федеральную больничную кассу для работников горной промышленности и одну для работников морского транспорта. Больничные кассы считаются частными организациями и управляются советами доверенных лиц, состоящими из равного числа представителей профсоюзов и работодателей, однако их деятельность строго регламентирована. Медицинские кассы объединяются в региональные ассоциации для ведения переговоров с ассоциациями медиков по тарифам на медицинские услуги.

Особенностью немецкой системы организации медицинского обслуживания является проведение ежегодных собраний всех организаций, имеющих отношение к здравоохранению: представителей всех ассоциаций медицинских работников, государственных и частных страховых касс, медицинской промышленности, наиболее крупных союзов и ассоциаций наемных работников, представителей федеральных и местных властей.

Задачей данных собраний является определение показателей роста расходов на здравоохранение, оценка их соответствия предполагаемому росту ВВП. Рекомендации собраний служат ориентирами для переговоров относительно тарифов на услуги, которые ведут региональные ассоциации страховщиков и медики.

В Германии только 12% от общего объема финансирования здравоохранения поступает непосредственно из федерального бюджета или бюджетов земель, 70% обеспечивает обязательное социальное страхование, 8% частное страхование, 7% составляет прямая оплата услуг пациентами. Медицинское страхование является обязательным для всех граждан, получающих менее 56700 марок в год. Лица, имеющие более высокие доходы, могут оставаться в медицинской кассе или переходить в систему частного медицинского страхования. За безработных взносы выплачивают федеральные и местные органы власти. Пенсионеры делают взносы, соответствующие среднему размеру взноса на медицинское страхование работающего населения (в настоящее время 12,9% от дохода). Размеры взносов определяются в начале каждого года административным советом кассы в зависимости от предполагаемых расходов в будущем финансовом году и состояния рынка труда.

По закону о системе здравоохранения 1994 года введено ежегодное балансирование структуры рисков больничных касс, то есть обмен средствами между кассами определенного типа для компенсации разницы в объеме рисков между ними.

Помимо обязательного, в стране действует система частного страхования. В 42 частных медицинских компаниях, организованных как акционерные

общества, застраховано 9% населения страны. Размер взносов зависит от пола, возраста, риска заболеваемости застрахованных, а также выбранной программы страхования. Оплата медицинских услуг частными страховыми компаниями осуществляется по тарифам, близким к расценкам, принятым в системе обязательного страхования. Врачи, работающие в государственных и частных стационарах, получают фиксированную заработную плату. Объем капитальных вложений в развитие стационарной помощи, в том числе в негосударственных больницах, является объектом регионального планирования. Обратные средства стационары получают из страховых фондов в форме бюджетов в расчете на один день работы, величина которых устанавливается в ходе переговоров региональных ассоциаций страховщиков с каждым стационаром отдельно. Как и любая другая система, немецкая организационная модель имеет и свои слабые стороны. По сравнению с другими развитыми государствами, в Германии отмечается высокий уровень обращаемости населения за медицинской помощью (на одного жителя Германии в среднем в год приходится 12 посещений, Канаде 6, в США 5,5, в Великобритании 4).

Явным преимуществом немецкой системы является равенство в обеспечении услугами. Так, безработные и их иждивенцы пользуются теми же правами в получении амбулаторной и стационарной помощи, как и работающие члены общества. Если неравенство в потреблении и возникает, то, скорее в связи с некоторыми диспропорциями в распределении медицинских организаций по территориям и разными традициями в потреблении медицинских услуг у различных социальных групп.

Единственной развитой страной, где отсутствует единая система государственного медицинского страхования населения, и медицинское обслуживание предоставляется преимущественно на платной основе, являются в настоящее время США. Исторически здравоохранение США формировалось частнопрактикующими врачами, владельцами больниц, отчасти филантропами. Участие правительства ограничивалось выдачей лицензий, установлением стандартов, защитой интересов частных собственников.

В целях облегчения бремени единовременных затрат на оплату медицинских услуг 90% американцев покупают полисы частного медицинского страхования, затрачивая на это в среднем свыше 10% чистого годового дохода семей. Суммы, аккумулируемые в фондах компаний по частному страхованию, являются источником оплаты всего или части медицинского обслуживания. Размер взноса определяет объем получаемых льгот: чем он выше, тем больше страховое вознаграждение. Лица с плохим здоровьем обычно страхуются на большую сумму и могут рассчитывать на оплату более значительных счетов за лечение. Зависимость объема медицинской помощи от размера взноса, то есть платежеспособности населения, отличает частное страхование от социального: в первом случае каждый платит за себя, во втором действует принцип общественной солидарности: здоровый платит за больного, молодой за пожилого, богатый за бедного. В США этот принцип не утвердился в полной

мере, хотя и здесь роль общественного сектора быстро растет [22, с-30]. Он представлен двумя государственными программами:

- Medicare общенациональная система, созданная для медицинского страхования лиц пожилого возраста, инвалидов и тяжелобольных; она покрывает услуги скорой и неотложной помощи, амбулаторное и стационарное лечение;

- Medicaid предназначена для обеспечения медицинской помощи лицам с низкими доходами.

Из фондов социальной защиты, помимо Medicare и Medicaid, можно указать программу содействия ветеранам, службу здравоохранения для индейцев и некоторые другие.

Работающее трудоспособное население может быть застраховано по контракту работодателем. В настоящее время в стране действует свыше 1300 страховых медицинских компаний. Всех застрахованных в частном секторе можно объединить в три группы: прямая оплата за медицинские услуги (25%); организации поддержания здоровья Healthmaintenanceorganizations (НМО 20%); организации предпочтительного обеспечения ProfferedProviderorganizations (PPO 46%).

Сегодня США стоят перед двойной проблемой в области здравоохранения: с одной стороны необходимость сдерживания растущих затрат на здравоохранение, с другой обеспечение доступности медицинской помощи всему населению. Первым к решению этих проблем приступило федеральное правительство, финансирующее общенациональные программы Medicare и Medicaid. По заданию правительства с целью обуздания роста цен на медицинские услуги были разработаны медико-технологические стандарты оказания медицинской помощи DiagnosticRelatedgroups (DPG). Выделено свыше 470 диагностически связанных групп, для каждой из которых определено ресурсное обеспечение лечения и, в конечном счете, его стоимостная оценка. С 1992 года, несмотря на сопротивление врачей с высокими уровнями доходов, в первую очередь хирургов, эта система внедрена в США.

Кроме того, сдерживание цен на медицинское обслуживание осуществляется через контроль бюджетов страховых компаний.

#### **1.4 Финансирование здравоохранения России на современном этапе**

Последние десятилетия XX века — один из наиболее сложных этапов в истории России. Тотальные реформы в сфере экономики и государственного управления, переход на новые принципы хозяйствования, перераспределения правовой и финансовой компетенции между центром и регионами — вот далеко не полный перечень происходивших в это время преобразований. Изменение всей государственной системы обусловило необходимость столь же радикального реформирования социальных отраслей, включая систему охраны здоровья населения.

Идеология развития здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике строилась на ориентации общества восприятия медицины не только

как социального блага, но и как социально-экономической категории, основанной на адекватном финансировании в соответствии с ценами, объемами и качеством фактически выполненных медицинских услуг [26].

При этом доля расходов на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту постоянно уменьшалась, финансирование федеральных организаций, государственных целевых программ и централизованных мероприятий осуществлялось крайне неравномерно.

С целью обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, используя независимые от бюджета источники финансирования отрасли, в 1993 году в России введена система обязательного медицинского страхования (ОМС). За прошедшие годы система ОМС стала реально действующим, общепризнанным институтом во всех субъектах Российской Федерации [26].

Таким образом, основными источниками финансирования российского здравоохранения сегодня являются: бюджеты всех уровней и средства ОМС. Остальные финансовые ресурсы не имеют системного характера использования или вообще не используются в процессе охраны здоровья граждан [27].

Действующая концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации базируется на принципах (повышение эффективности медицинского страхования и восстановление вертикали управления, принятие территориальной программы государственных гарантий и муниципальных заказов для лечебной сети, развитие многоуровневой системы медицинской помощи, переход к принципу амбулаторного обслуживания населения на базе врачебных практик), основанных на обобщении опыта мировых систем здравоохранения и экспериментальной отработке организационно-экономических и управленческих моделей в ряде территорий страны (Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, 1997; [16,с-52].

Следует отметить, что задачи реформирования отрасли, определенные концепцией развития здравоохранения и медицинской науки, решаются недостаточно динамично.

В целях обеспечения всем категориям населения гарантированного минимума медицинской помощи на бесплатной основе Правительство Российской Федерации в 1999 году утвердило Программу государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации медицинской помощью, реализация которой требует серьезных изменений в порядке формирования и использования финансовых ресурсов здравоохранения [28].

Принятие программы не решило проблему сбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения. Проведенные в субъектах РФ расчеты показывают, что в абсолютном большинстве из них эта программа не обеспечивается имеющимися средствами, их дефицит составляет в отдельных территориях 4050%. Он покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг.

Известно, что основным звеном в системе здравоохранения являются лечебно-профилактические организации, не только в силу максимального количества отвлекаемых ресурсов (кадровых, материально-технических, финансовых и т.д.), но в силу тех функций, которые им присущи [29].

Переход России к рыночной экономике имел серьезные последствия как для системы здравоохранения в целом, так и для каждой ЛПО в частности.

Лечебно-профилактические организации в той или иной мере сталкиваются с общими проблемами. Это нехватка финансовых средств, в частности, низкий уровень бюджетного финансирования, устаревшие механизмы оплаты медицинской помощи, не вызывающие заинтересованности ЛПО в развитии передовых технологий [30].

Необходимо отметить, что использование новых подходов в финансировании медицинской помощи имеет более широкое применение в ЛПО, работающих в условиях обязательного медицинского страхования. В системе ОМС аккредитованные в установленном порядке медицинские организации финансируются на основе договоров с территориальным фондом, его филиалами, выполняющими функции страховщиков, страховыми медицинскими организациями путем оплаты медицинских услуг по тарифам или по финансовым нормативам, индивидуальным для каждой организации или группы однотипных медицинских организаций.

На основе обобщения накопленного по вопросам социального страхования зарубежного опыта, а также некоторых результатов, полученных в ходе внедрения нового хозяйственного механизма в СССР, определены следующие способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС:

- для амбулаторно-поликлинических организаций: по смете расходов; по подушевому принципу на одного обслуживаемого учреждением пациента с учетом половозрастной структуры и других параметров, влияющих на объемы потребления медицинской помощи; за законченный случай лечения; за отдельную медицинскую услугу по единой системе тарифов;

- для стационарной помощи: по смете расходов; по средней стоимости лечения больного; за законченный случай лечения; по фактическим расходам на госпитализацию.

Бюджетные средства, находящиеся в оперативном управлении органов здравоохранения, продолжают по-прежнему распределяться по статьям затрат. Так как бюджетные средства являются доминирующими в финансовой структуре отрасли, многие специалисты указывают на необходимость изменения принципов их финансирования: от содержания учреждений здравоохранения к оплате их расходов за оказанный объем услуг. Подобный опыт уже накоплен рядом организаций здравоохранения, работавших в условиях нового хозяйственного механизма, и является первым шагом к развитию и становлению системы внутреннего рынка в российском здравоохранении.

Одним из важнейших моментов этой системы является то, что выделение средств из бюджета обязательно фиксируется в договоре между органами

исполнительской власти и учреждением здравоохранения, независимо от форм собственности.

### **1.5 Система финансирования здравоохранения Республики Казахстан**

Подводя итоги периода развития Казахстана как суверенной республики, можно с уверенностью утверждать, что, несмотря на все трудности развития, страна сохранила систему здравоохранения, которая функционирует и способна обеспечить населению гарантированную Конституцией РК охрану здоровья [31].

Казахстан в этот период попеременно пробовал различные модели и схемы построения системы оказания медицинской помощи населению. Условно процесс реорганизации отрасли можно разделить на три этапа [32].

На первом этапе (1991-1994 г.г.) финансирование здравоохранения осуществлялось на бюджетной основе, по существу это было советское здравоохранение со всеми его достоинствами и недостатками. Но хроническое недофинансирование отрасли, связанное с экономическим кризисом, заставляло искать иные пути развития отрасли, прежде всего новые источники финансирования [33].

Поэтому с 1995 года в стране началось внедрение системы обязательного медицинского страхования. От введения ОМС ожидали активного развития рыночных отношений в здравоохранении, формирования рынка медицинских услуг, лекарственных средств и фармацевтических услуг, но прежде всего его рассматривали как дополнительный источник финансирования, каковым он и был в 1996-1998 годах. За этот период в сферу оказания медицинской помощи были привлечены дополнительно 24,5 млрд. тенге [34].

Следует отметить, что страховая модель, реализованная в системе здравоохранения Республики Казахстан, была во многом сходна с российской и характеризовалась теми же проблемами и недостатками: неплатежи местными администрациями взносов на неработающее здравоохранение, невыполнение ими обязательств по выделению бюджетных средств на оплату нестраховой части расходов ЛПО [10,с-25].

Мировой экономический кризис усугубил проблему собираемости страховых взносов в системе ОМС: уже и предприятия не смогли в полной мере выполнять свои обязательства по страхованию работающего населения; собираемость страховых взносов упала до 50%. Снизился даже абсолютный размер собранных страховых взносов (если в 1997 году их размер составлял 9,8 млрд. тенге, то в 1998 году, при росте курсовой разницы тенге к мировым валютам, он составил только 8,9 млрд. тенге) [35].

По рекомендации мировых экономических институтов (МВФ, Всемирный Банк) Правительством Республики Казахстан были ликвидированы все внебюджетные фонды, в том числе и Фонд обязательного медицинского страхования.

Таким образом, закончился второй этап развития казахстанского здравоохранения на основе реализации бюджетно-страховой модели (1995-

1998гг.). Реформа здравоохранения, основанная на внедрении ОМС, носила слишком кратковременный характер, чтобы внести существенные изменения в структуру и характер организации оказания медицинской помощи населению, да и целью ее на первом этапе внедрения было привлечение дополнительных средств и увеличение заработной платы медицинских работников, увязанное с повышением качества оказания медицинских услуг. Следует заметить, что удалось, если не полностью решить обе эти задачи, то значительно продвинуться в их решении. Поэтому в кругах медицинской общественности Казахстана существует мнение, что республика не полностью отказалась от реализации системы медицинского страхования в ее общенациональном, социальном аспекте, но проводить такую реформу целесообразно в более благоприятных макроэкономических условиях, обеспечивающих устойчивое поступление страховых взносов от всех категорий плательщиков.

Третий этап развития здравоохранения Республики Казахстан, начавшийся в 1999 году, характеризуется возвратом к консолидированному бюджету здравоохранения, созданием системы программноцелевого финансирования. Такой подход в условиях экономической нестабильности очевидно был полностью оправдан, но уже сегодня видны его недостатки: жесткая постатейная, нормированная схема финансирования ЛПО мешает развитию рыночных отношений в здравоохранении, приводит систему гражданско-правовых отношений отрасли в противоречие с макроэкономикой страны, создает условия для теневого бизнеса в системе оказания медицинской помощи.

Период становления государственности в Республике Казахстан завершается, наступает время разработки программ общественного развития, собственных моделей социальной защиты населения.

Именно сейчас чрезвычайно актуально выдвижение новых проектов и моделей дальнейшего развития, основанных на анализе мирового опыта с учетом особенностей развития страны. Особенно актуально это для системы здравоохранения, характеризуя положение, в котором Президент страны Назарбаев Н.А. сказал: «... сегодня здравоохранение состоит из обломков трех систем: бюджетной, страховой и семейной. ФОМС убрали, взамен ничего не дали...» [31].

Хотя изучение различных моделей здравоохранения в своей основе не совсем корректно и в чем-то даже наивно, оно позволяет выделить слабые и сильные стороны организации здравоохранения, его финансирования для того, чтобы не повторять общих ошибок и неточностей. Поэтому разработку модели финансирования лечебно-профилактической помощи Республики Казахстан мы начали именно с изучения наиболее широко используемых в мире моделей здравоохранения.

Важнейшим результатом проведенного анализа следует считать то, что большинство национальных моделей здравоохранения ориентировано на достижение равенства граждан в вопросах обеспечения здоровья, а достижение этой цели обеспечивается разными формами участия государства, предпринимателей и самих граждан в обеспечении ресурсной базы

здравоохранения, при все более возрастающей роли общенациональных вложений в развитие отрасли вне зависимости от избранной модели. Кроме того, для успешного развития здравоохранения важен не только объем ресурсов, выделяемых на обеспечение его функционирование, но и способы использования этих ресурсов в отрасли. Системы здравоохранения, создавшие экономические и управленческие механизмы, обеспечивающие наиболее эффективное использование ресурсов, добиваются не худших, а иногда и лучших показателей деятельности отрасли и ее влияния на здоровье населения за счет использования меньших объемов финансирования.

Основные задачи, которые предстоит решить мировому сообществу в области охраны здоровья населения в нынешнем веке, сформулированы ВОЗ в документе «21 задача на XXI столетие». Эти задачи могут быть сгруппированы в шесть основных блоков:

- обеспечение равенства в вопросах здоровья для всех;
- улучшение здоровья людей за счет последовательного обеспечения: здорового начала жизни, здоровья молодежи, сохранения здоровья в пожилом возрасте;
- предупреждение болезней и травм путем: улучшения психического здоровья, сокращения инфекционных и неинфекционных болезней, сокращения травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев;
- межсекторальные стратегии по обеспечению устойчивого здорового образа жизни, включающие следующие направления: здоровая и безопасная физическая среда, здоровый образ жизни, борьба с алкоголем и курением, условия здоровой среды, межсекторальные обязательства в отношении здоровья;
- ориентированный на результаты работы сектор здравоохранения, основой развития которого должны стать: интеграция, развитие управления и обеспечения качества медико-санитарной помощи, совершенствование финансирования служб здравоохранения и выделения ресурсов, развитие кадровых ресурсов отрасли.

Модель финансирования здравоохранения Казахстана строится, опираясь на стратегию развития общественных систем здравоохранения, сформулированную ВОЗ, мировой опыт и особенности функционирования национальной системы здравоохранения.

Модель финансирования здравоохранения на основе размещения государственного заказа на оказание населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Она предполагает использование консолидированного бюджета для создания конкурентной среды в ЛПО различных форм собственности, приводящей к повышению качества и эффективности медицинской помощи, за счет проведения конкурсных торгов на размещение государственного заказа.

## 2 Анализ финансирования здравоохранения Павлодарской области

### 2.1 Анализ текущей ситуации здравоохранения Павлодарской области

На территории Павлодарской области функционируют всего 373 медицинских объектов системы Министерства здравоохранения и социального развития, в том числе 50 юридических лиц.

Из них: 24 больничных организаций, 5 диспансеров, 12 амбулаторно-поликлинических организаций и 9 прочих МО. Кроме того, в состав ЦРБ и поликлиник входят следующие подразделения: сельские больницы - 1, врачебные амбулатории - 67, фельдшерско-акушерские пункты - 26 и медицинские пункты - 229.

В области 33 медицинских организаций имеют статус предприятий на праве хозяйственного ведения, пакет документов еще 5 организаций находятся на рассмотрении в исполнительных органах.

За 2012-2014 годы в Павлодарской области введено в эксплуатацию 11 объектов здравоохранения:

2 поликлиники: Поликлиника на 500 посещений в смену в г. Павлодаре и Поликлиника на 500 посещений в смену в г. Экибастузе.

7 врачебных амбулаторий: в пос. Аксу с/з г. Аксу, с. Панфилово Иртышского района, с. Шарбакты Лебяжинского района, с. Береговое Качирского района, с. Федоровка Качирского района, с. Башмачное Железинского района, с. Новоямышево Павлодарского района.

1 фельдшерско-акушерский пункт: в с. Госплемстанция Павлодарского района.

1 центр: Региональный кардиохирургический центр в г. Павлодаре на 50 коек.

В системе здравоохранения области по итогам 2014 года занято 2381 врача всех специальностей, численность среднего медицинского персонала – 5954 человек. Основные показатели лечебно-профилактической помощи населению области представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1- Основные показатели лечебно-профилактической помощи населению области

№ п/п	Наименование показателя	2012 год	2013 год	2014 год
1	2	3	4	5
1	Обеспеченность населения врачами, человек на 10000 населения	32,6	32,8	31,6
2	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, человек на 10000 населения	81,1	81,7	79,1
3	Обеспеченность населения больничными койками, единиц на 10000 населения	74,6	69,9	65,6
4	Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 000 тысяч посещений в смену	161,8	158,8	155,8

В течение года проведена работа по приведению сети медицинских организаций в соответствие с постановлением Правительства Республики Казахстан №2131 от 15 декабря 2013 года.

Закрыты 8 медицинских пунктов с численностью населения менее 50 человек. 10 врачебных амбулаторий реорганизованы в ФАПы и МП.

Ликвидированы 9 районных туббольниц путем присоединения в областной противотуберкулезный диспансер. В связи с несоответствием СанПиНу, а также с недостаточной нагрузкой пациентами круглосуточного пребывания в 3 районах туббольницы реорганизованы в тубкабинеты.

На 1 июля 2014 года количество коек круглосуточного пребывания составляет 5565 коек, на аналогичный период прошлого года 5730. Сокращено 165 коек.

Кроме государственных медицинских организаций, в области функционирует 117 субъектов частной формы собственности, в т.ч. 94 юридических и 23 физических лиц.

Также управлением здравоохранения проводится работа по реорганизации организаций здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарно-замещающую помощь в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения (ПХВ) по Павлодарской области.

- 2011 г. – 1 медицинская организация (МО),
- 2012 г. – 1 МО,
- 2013 г. – 18 МО,
- 2014 г. - 5 МО.

Среди МО, перешедших на ПХВ: 2 областных стационара, 4 городские больницы, 5 специализированных диспансера, 2 районные больницы, 6 поликлиник, 2 перинатальных центра, 1 родильный дом, 2 станции скорой помощи и диагностический центр.

Из 25 медицинских организаций, переведенных на ПХВ, наблюдательные советы созданы в 14 медицинских организациях.

Учитывая, что ведущими причинами смертности населения являются болезни системы кровообращения, в т.ч. острый коронарный синдром (ОКС), в системе областного здравоохранения проведен анализ основных показателей по заболеваемости населения в таблице 2.2.

Таблица 2.2 - Основные показатели по смертности населения области

№ п/п	Наименование показателя	2012 год	2013 год	2014 год	2014 год к 2012 году в %
1	Ишемическая болезнь сердца на 100 тыс. взрослого населения	365,1	327,2	256,2	70,2
2	Туберкулез на 100 тыс. человек	88,8	81,1	69,9	78,7
3	Злокачественные новообразования на 100 тыс. человек	301,5	301,9	304,2	100,9

В 2014 году заболеваемость туберкулезом снизилась на 13,8 % в сравнении

с 2013 годом, ишемической болезнью сердца - на 21,7 %.

Павлодарская область находится на 2-ом месте в республике по заболеваемости онкологической патологией (304,2 случая на 100 тыс. населения). РК – 198,8 случая на 100 тыс. населения.

Значительные усилия в области направлены на решение вопросов высокого уровня заболеваемости болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями, являющихся основными причинами смертности населения (24,3 % и 14,7 % от всех случаев смертности соответственно).

В рамках Государственной программы «Саламатты Казахстан» одним из приоритетных направлений является снижение смертности, анализ основных показателей смертности населения области представлен в таблице 2.3.

Таблица 2.3 - Основные показатели по смертности населения области

№ п/п	Наименование показателя	2012 год	2013 год	2014 год	2014 год к 2012 году в %
1	2	3	4	5	6
1	Материнская смертность, случаев на 100 тыс. детей, родившихся живыми	15,5	15,4	15,5	100,0
2	Младенческая смертность, случаев на 1000 детей, родившихся живыми	9,25	8,74	8,4	90,8
3	Детская смертность (от 0 до 5 лет), на 1000 родившихся живыми	11,04	10,39	10,0	90,6
4	Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 тыс. населения	343,98	287,92	242,8	70,6
5	Смертность от онкологических заболеваний, на 100 тыс. населения	158,02	145,29	147,3	93,2
6	Смертность от туберкулеза, на 100 тыс. населения	8,4	6,7	5,96	71,0
7	Распространенность ВИЧ(инфекции в возрастной группе 15 - 49 лет) в пределах 0,2 - 0,6 %	0,4	0,33	0,346	86,5

В 2012-2014 годах зарегистрировано по 2 случая материнской смертности. Показатель в 2012 году составил 15,5 на 100 тыс. родившихся живыми, в 2013 году - 15,4, в 2014 году - 15,5 на 100 тыс. детей, родившихся живыми.

Показатель младенческой смертности в течение последних 3-х лет снижается. В 2012 году уровень младенческой смертности составил 9,25 на 1000 родившихся живыми. В 2013 году данный показатель - 8,74 на 1000 родившихся живыми, в 2014 году снизился на 3,9 % в сравнении с 2013 годом и составил 8,4.

В 2012 году показатель детской смертности от 0 до 5 лет составил 11,04 на 1000 родившихся живыми. В 2013 году - 10,39, в 2014 году - 10,0 на 1000 родившихся живыми, что ниже, чем в 2013 году на 3,8 %.

Смертность от болезней системы кровообращения (далее БСК) за 2012-2014 годы снизилась на 29,4 %, показатель в 2012 году составил 343,98 на 100

тыс. населения, в 2013 году - 287,92. В 2014 году - 242,8, что ниже уровня 2013 года на 15,7 %.

Показатель смертности от злокачественных новообразований за 2012 год составил 158,02, в 2013 году - 145,29, в 2014 году – 147,3, что выше показателя 2013 года на 1,4%.

Смертность от туберкулеза за последние 3 года снизилась на 29,0%, в 2012 году показатель смертности составил 8,4 на 100 тыс. населения, в 2013 году - 6,7 на 100 тыс. населения. В 2014 году - 5,96, что ниже показателя 2013 года на 11,0 %.

В 2012 году распространенность ВИЧ (инфекции в возрастной группе 15 - 49 лет) составила 0,4 %, в 2013 году – 0,33 % и в 2014 году данный показатель составил 0,346 %.

В 2012 году индикатор ожидаемой продолжительности жизни составил 68,84, в 2013 году данный показатель - 70,19, что выше 2012 года на 2,0%. По оперативным данным ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году составила 70,69 лет против 70,19 в 2013 году.

По итогам 2014 года не достигнуто:

– «Снижение общей смертности на 1000 чел. населения», факт -10,01 (план – 9,23) исполнение – 92,2 %. Причиной не достижения является повышение смертности от транспортных несчастных случаев на 13,0% и от отравлений алкоголем на 15,0%. Согласно статистическим данным Павлодарского областного филиала РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК.

– «Снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. детей, живорожденных)» факт - 15,5 (план - 14,7) исполнение – 94,8 %. Запланированный показатель не достигнут, в связи с регистрацией 2-х случаев материнской смертности в 2014 году и отрицательной динамикой рождаемости детей (снижением количества родившихся детей на 0,3% по сравнению с 2013 годом).

– «Снижение смертности от онкологических заболеваний, на 100 тыс. населения», факт - 147,3 (план – 143,36) исполнение – 97,3 %. Отклонение от планового показателя на 2,7 % объясняется поздним обращением пациентов в лечебные учреждения, несвоевременного прохождения ими скринингов. Одной из причин недостижения плана скрининговых осмотров является проблема направления работодателями работников для своевременного прохождения скрининговых осмотров.

– «Удельный вес медицинских работников, имеющих квалификационную категорию» врачей, факт - 53,8 (план – 61,5) исполнение – 87,5 %; средних медицинских работников, факт - 51,1 (план – 66,5) исполнение – 76,8 %. Причина невыполнения планового показателя: количество молодых специалистов врачей увеличилось на 130 человек, СМР на 200 человек. В соответствии с порядком установления категорийности врачей и СМР стаж работы по специальности должен быть не менее 3 года. Кроме того, в течение

2014 г. и первого квартала 2015 г. 48 специалистов из числа врачей, имеющие квалификационную категорию достигли пенсионного возраста и были освобождены от занимаемой должности по собственному желанию. Также и среди СМР 127 специалистов были уволены по собственному желанию.

Строительство врачебных амбулаторий позволит улучшить качество оказываемых медицинских услуг, расширить диагностические услуги, повысить уровень профилактики заболеваний и качества первичной медико – санитарной помощи, что приведет к снижению показателей общей заболеваемости, смертности, к снижению младенческой и материнской смертности, улучшит уровень жизни населения и увеличит среднюю продолжительность жизни человека.

Учитывая, что в структуре общей смертности одно из ведущих мест занимает смертность от несчастных случаев, травм и отравлений, в том числе и при ДТП, определены 28 опорных медицинских организаций на трассах республиканского значения. Областная станция скорой помощи координирует оказание медицинской помощи при ДТП на трассах области. В учебном центре станции практикуется обучение по оказанию неотложной помощи сотрудников дорожно-патрульной службы ДВД.

В целях предупреждения случаев материнской смертности проводится непрерывное обучение специалистов родовспомогательных организаций эффективным перинатальным технологиям, стандартам ВОЗ по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам.

Для снижения смертности от онкологических заболеваний и выявления рака на ранних стадиях проводятся скрининговые исследования целевых групп населения, диагностика с применением современного медоборудования, применяются новые технологии оперативного лечения.

В целом по состоянию здоровья населения Павлодарскую область можно отнести к проблемным регионам, несмотря на снижение темпов роста уровня заболеваемости взрослого и детского населения.

## **2.2 Анализ финансового обеспечения здравоохранения Павлодарской области**

Самой большой проблемой здравоохранения в современных условиях является финансирование. Основной сложностью является не расчет потребности в финансировании, а нахождение средств на существование и умение просуществовать на выделенные средства.

С 2014 года начат второй этап реализации программы “Саламатты Қазақстан”, где предполагается решение задачи внедрения системы управления и финансирования здравоохранения, ориентированной на качество медицинских услуг.

Согласно Закона Республики Казахстан от 19.05.97 №111-1 "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан", источниками финансирования

государственной системы здравоохранения являются следующие (таблица 2.4) [36].

Таблица 2.4 - Источники финансирования государственной системы здравоохранения РК и основные направления их использования

№ п/п	Источники финансирования	Направления использования средств
1	средства местных бюджетов, выделяемые из расчета на одного жителя;	оказание бесплатного гарантированного объема медицинской помощи;
2	средства республиканского бюджета, выделяемые в установленном порядке;	целевые комплексные программы здравоохранения;
3	средства международных организаций по международным программам;	развитие и содержание материально - технической базы государственного здравоохранения;
4	средства медицинских организаций, полученные за оказание медицинской помощи сверх гарантированного объема и за оказание платных услуг и других видов деятельности, не противоречащих законодательству;	организацию производства и закупку основных лекарственных средств;
5	добровольные отчисления от прибыли организаций;	подготовку и повышение квалификации медицинских и фармацевтических кадров;
6	благотворительные вклады организаций и граждан, в том числе, других государств;	развитие и внедрение достижений медицинской и фармацевтической науки;
7	средства, поступающие от граждан в виде сооплаты сверх бесплатного гарантированного объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, в порядке, утверждаемом Правительством РК;	ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний;
8	средства от добровольного медицинского страхования;	приобретение крови и ее препаратов, вакцин, иммунобиологических и других медицинских препаратов;
9	другие источники, использование которых не противоречит законодательству Республики Казахстан.	приобретение лекарственных средств для бесплатного и льготного отпуска их отдельным категориям населения, а также специализированных продуктов детского и лечебного питания в порядке и по нормам, установленным Правительством РК.
Примечание – Систематизировано автором на основе законодательства РК		

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует на охрану здоровья населения расходовать не менее 6-6,5 % от валового внутреннего продукта. Развитые страны Западной Европы, Япония расходуют на цели здравоохранения свыше 10 % валового внутреннего продукта, а Соединенные Штаты Америки – свыше 17% ВВП [37]. Данные приведены на рисунке 2.1

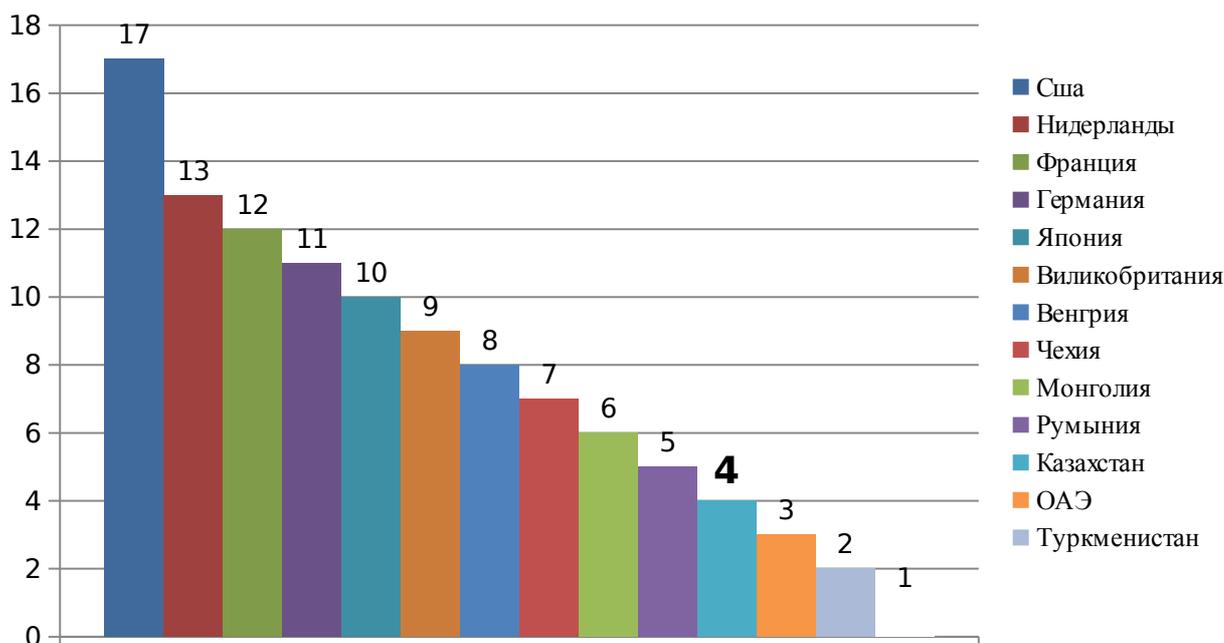


Рисунок 2.1 - Общие расходы на здравоохранение к ВВП в зарубежных странах в 2014год, в процентах

Из приведенных данных видно, что общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП в Казахстане составляют 4%, а в развитых странах и даже в странах с переходной экономикой значительно выше.

Соответственно средства, выделяемые на нужды здравоохранения в Павлодарской области, крайне невелики, как в абсолютном, так и относительном выражении. Об этом свидетельствуют данные таблицы 2.5

Таблица 2.5 – Расходы на здравоохранение в Павлодарской области за 2012-2014годатыс.тенге

Расходы бюджета	2012 год	2013 год	2014 год	2012/2013 Отклонение (+,-),	Темп роста, процент	2013/2014 Отклонение (+,-),	Темп роста, процент
Всего	18431,1	21252,1	23166,3	2,821	115	1,914	109
за счет республиканск	5447,7	7078,4	13362,7	1,630	129	6,284	188

ого бюджета							
за счет местного бюджета	12983,3	14173,7	9803,6	1,190	109	-4,369	69

Динамика расходов на здравоохранение в Павлодарской области представлена на рисунке 2.2.

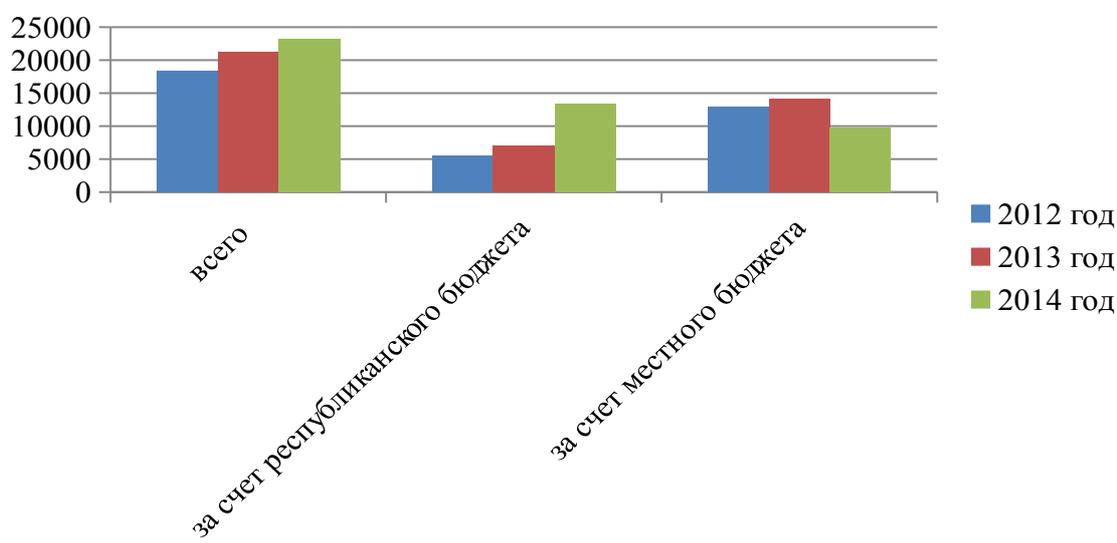


Рисунок 2.2 – Динамика расходов на здравоохранение в Павлодарской области

Из выше представленной таблицы и рисунка видно, что в целом расходы на здравоохранение из государственного бюджета увеличились с 21,3 млрд. тенге в 2013 году до 23,2 млрд. тенге в 2014 году, т.е. на 1,9 млрд. тенге в абсолютном и 9% в относительном выражении, но данное увеличение произошло за счет республиканского бюджета, здесь как мы видим, темп роста составил 188%, чего не скажешь о местного бюджета, где наблюдается снижение до 69%.

Структура расходов бюджета здравоохранения Павлодарской области на 2012 - 2014 года представлена в таблице 2.6

Таблица 2.6 - Структура расходов в здравоохранение Павлодарской области за 2012-2014 года тыс.тенге

Наименование расходов	2012 год	2013 год	2014 год
Оказание стационарной медицинской помощи населению	7469094,7	9809352,1	11497785,4
Оказание амбулаторно-поликлинической помощи населению	5 785063	4 965 402	5123698
Оказание скорой медицинской помощи и санитарная авиация	970 866,0	997 775,0	1 084 753,0
Производство крови,ее компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения	335 655,0	328 615,0	380 890,0
Услуги по охране материнства и детства	140 688,0	142 392,0	148 283,0
Обеспечение лекарственными средствами	2 496273,3	2 698532,5	2 895632,3
Ремонт объектов в рамках развития сельских населенных пунктов по Программе занятости 2020	37 965	234 932	327 338
Капитальные расходы медицинских организаций здравоохранения	1 295 477,0	2 075 106,0	1 707 973,0
Всего	18431082,0	21252107,0	23166,53,0

Расходы на здравоохранение согласно закона Республики Казахстан «О республиканском бюджете»[38]. определена следующим образом, данные представлены в таблице 2.7.

Таблица 2.7 - Основные статьи расходов в бюджете здравоохранения Павлодарской области за 2012-2014 годатыс.тенге

Статьи расходов	2012 год	2013 год	2014 год
Оплата труда и социальные отчисления	2214593,3	716638,8	445377,7
Приобретение продуктов питания, медикаментов и прочих товаров	2426718,3	2268563,0	2325639,1
Оплата коммунальных услуг и услуг в рамках государственного социального заказа	129675,4	57064,2	63211,3
Прочие услуги и работы	12 312842,1	15 888 463,7	17895632,1
Командировки и служебные разъезды внутри и за пределы страны	17210,2	5 085,3	3296,1
Трансферты физическим лицам	12 955,0	10 402,6	9654,3
Приобретение товаров,относящихся к основным средствам	956125,5	1308519,5	1425698,3
Капитальный ремонт помещений, зданий,сооружений государственных предприятий	356012,1	994462	997844,1
Всего	18 431 082,0	21 252 107,0	23 166 353,0

Из представленных данных видно, что наибольший объем ассигнований на здравоохранение был произведен в 2014 году, запланированный объем

ассигнований по сравнению с 2013 году увеличился на 1,914тысяч тенге или на 9%.

Структура расходов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи является ориентировочной, ненормативной и должна корректироваться на местах в зависимости от социально - экономического состояния, уровня цен и т.п.

Примерная структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2014 год приведена в таблице 2.8 .

Таблица 2.8 - Примерная структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи В процентах

Наименование статей расходов бюджетов здравоохранения	Затраты на скорую медпомощь (один вызов)	Затраты на амбулаторно-поликлиническую помощь (одно посещение)	Затраты на стационарную помощь (один койко-день) (1 посещение)	Затраты на диагностические услуги	
				В поликлинике	В стационаре
1	2	3	4	5	6
Оплата труда	34,0	41,1	13,1	10,0	11,0

Продолжение таблицы 2.8

1	2	3	4	5	6
Начисления на оплату труда	13,1	15,8	5,0	3,0	4,0
Медикаменты и перевязочные средства	2,6	10,2	25,5	51,0	48,0
Продукты питания	-	-	12,3	-	-
Мягкий инвентарь и обмундирование	0,8	0,3	1,7	2,0	1,0
Оплата коммунальных услуг	16,7	21,8	17,0	5,0	6,0
Приобретение оборудования и предметов длительного пользования	27,0	2,5	18,3	23,0	20,0
Капитальный ремонт	5,8	8,3	7,1	6,0	10,0
<b>ВСЕГО</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 2.3 Анализ платных медицинских услуг населению Павлодарской области

Современный этап реформирования отечественного здравоохранения характеризует развитие рынка платных медицинских услуг, который обладает существенной емкостью и значительным потенциалом роста. Это негосударственный источник финансирования в условиях минимальных бюджетных ассигнований и неадекватной оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования приобретает исключительную значимость для отрасли. Реализация данного канала финансирования будет бесспорно способствовать увеличению медико-экономической эффективности функционирования здравоохранения в целом, так и конкретного учреждения. Платные медицинские услуги предоставляются на основе Правил предоставления платных медицинских услуг населению, которые определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности и являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Государственные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Медицинские учреждения обязаны вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять требуемую отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами.

Государственные медицинские учреждения, предоставляющие населению платные медицинские услуги, обязаны вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность раздельно по основной деятельности и платным медицинским услугам.

Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством республики Казахстан.

Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин.

При расчетах с населением без применения контрольно-кассовых машин медицинские учреждения должны использовать бланк, являющийся документом строгой отчетности, утвержденный в установленном порядке.

Объем оказанных медицинских услуг постоянно растет. Данные показаны на таблице 2,9 и рисунке 2.3 . Если в 2013 году он составил 1,2 млрд. тенге, то в 2014 году уже 1,5 млрд. тенге.

Таблица 2.9- Объем оказания платных услуг населению

тыс.тенге

Даходы бюджета	2012 год	2013 год	2014 год	2012/2013 Отклонение (+,-),	Темп роста, %	2013/2014 Отклонение (+,-),	Темп роста, %
Всего	1 007 780	1 209 226	1 494 148	201 446	119	284 922	124
Медицинские услуги	871 386	1 040 830	1 309 098	169 444	119	268 260	125
Немедицинские услуги	136 394	168 396	185 050	32 002	123	16 654	109

При сравнительном изучении динамики изменения средней стоимости 1 пролеченного больного по государственному заказу и на платной основе в стационарах Павлодарской области установлено (таблица 2.10), что в 2013 году средняя стоимость 1 пролеченного на терапевтической, хирургической педиатрической и акушерско-гинекологической койке по государственному заказу была в 1,6 раза ниже, чем на платной основе. При этом средняя стоимость 1 пролеченного больного на наркологической койке в обоих случаях была почти одинаковой.



Рисунок 2.3 – Динамика доходов от оказания платных медицинских услуг за 2012-2014 годы (млрд.тенге)

Таблица 2.10 - Динамика изменения средней стоимости 1 пролеченного больного по государственному заказу и на платной основе в стационарах Павлодарской области в 2013-2014 годах

Профиль пролеченных больных	2013 год			2014 год		
	по госзаказу (в тенге)	на платной основе (в тенге)	%к госзаказу	по госзаказу (в тенге)	на платной основе (в тенге)	%к госзаказу
Терапевтический	6700	11108,2	165,8	9100	13178,9	144,8
Хирургический	9100	14942,0	164,2	11600	17141,9	147,8
Педиатрический	9300	14781,7	158,9	9800	16970,0	173,2
Акушерско-гинекологический	8800	14090,6	160,1	12600	16158,6	128,2
Наркологический	17500	18694,0	106,8	27800	28673,0	103,1

В 2014 году разница между изучаемыми показателями при лечении терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического больного чуть уменьшилась и составляла от 28,2% до 47,8%.

Одновременно средняя стоимость 1 пролеченного ребенка еще больше увеличилась, с 58,9% до 73,2%, а при лечении 1 наркологического больного разницы между средней стоимостью по государственному заказу и на платной основе почти не обнаруживалось.

Неоднозначные тенденции определялись при сравнительном анализе и оценке изменений в средней стоимости посещения в амбулаторно-поликлинические организации Павлодарской области (таблица 2.11).

Таблица 2.11 - Динамика изменения средней стоимости посещения по государственному заказу и на платной основе в амбулаторно-поликлинические организации Павлодарской области в 2013-2014 годах

Наименование услуг	2013 год			2014 год		
	средняя стоимость посещения по госзаказу (тенге)	средняя стоимость посещения на платной основе (тенге)	% к госзаказу	средняя стоимость посещения по госзаказу (тенге)	средняя стоимость посещения на платной основе (тенге)	% к госзаказу
ПМСП взрослому населению в территориальных поликлиниках	162,9	261,6	160,6	312,86	-	-
ПМСП взрослому населению в СВА	86,5	246,4	284,9	101,95	268,4	2633
ПМСП женскому населению	45,9	187,8	409,2	67,0	204,6	305,4

ПМСП детскому населению	123,5	251,7	203,8	184,1	274,2	148,9
Стоматологическая помощь взрослому населению	77,78	635,7	8173	151,0	692,5	458,6
Стоматологическая помощь детскому населению	196,86	595,8	302,7	387,5	649,0	167,5
Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь	94,17	319	338,7	219,5	347,6	158,4
Консультативно-диагностическая помощь	47,65	671,9	1410	106,8	731,9	6853

Так в 2013 году расчетная средняя стоимость посещения в территориальные поликлиники и в СВА по госзаказу была в 1,6 и 2,8 раза ниже, чем стоимость 1 платного посещения, а разница в этих показателях в детских поликлиниках и женских консультациях была в 2 и 4 раза больше.

При этом средняя стоимость посещения в специализированные амбулаторно-поликлинические организации по госзаказу была также существенно ниже (в 3,4 раза), чем на платной основе, а аналогичный показатель при оказании консультативно-диагностической помощи был ниже в 14 раз, чем при оказании соответствующих платных услуг населению. Одновременно средняя стоимость стоматологического посещения на платной основе была многократно выше, чем по государственному заказу. В 2014 году обнаруженные тенденции сохранились.

Результаты исследования динамики числа пролеченных больных в стационарах Павлодарской области представлены в таблице 2.12.

Таблица 2.12 - Динамика изменения числа пролеченных больных по государственному заказу и на платной основе в стационарах Павлодарской области в 2013-2014 годах

Профиль пролеченных больных	2013 год					2014 год				
	всего	по госзаказу	%	на платной основе	%	всего	по госзаказу	%	на платной основе	%
Терапевтический	57169	50354	88,1	6815	11,9	55265	46634	84,4	8631	15,6
Хирургический	65834	55752	84,7	10082	15,3	66930	53940	80,6	12990	19,4
Педиатрический	13567	12258	90,3	1309	9,7	14554	13323	91,5	1231	8,5
Акушерско-гинекологический	46064	39518	85,8	6546	14,2	43988	36495	79,5	7493	20,5
Наркологический	3356	2736	81,5	620	18,5	4397	3603	82,0	794	18,0
Реабилитационный (детям до 7 лет)	3148	2964	94,1	184	5,9	3502	3433	98,0	69	2,0

Данные таблицы показали, что на терапевтических койках в 2013 году по государственному заказу было пролечено 84,4%, а на платной основе - 15,6%, против 88,1% и 11,9% в 2014 году. Приблизительно такая же тенденция обнаруживалась и в соотношении этих показателей при стационарном лечении хирургических, акушерско-гинекологических больных. Одновременно в течение исследуемых лет число пролеченных детей на педиатрических койках по государственному заказу почти не уменьшилось, а на детских реабилитационных - даже увеличилось с 2964 больных в 2013 году до 3433 больных в 2014 году.

По остальным видам амбулаторно-поликлинической помощи в течение исследуемых лет доля платных посещений или не изменялась, или изменялась малозначительно (Таблица 2.13).

Далее определено, что наибольший стабильный удельный вес посещений, оказанных на платной основе, и в 2013 и в 2014 году обнаруживался в территориальных поликлиниках (соответственно 9,3% и 11,2%); в консультативно-диагностических медицинских организациях их доля в 2014 году по сравнению с 2013 повысилась более чем в 2 раза, в 1,7 раза увеличивался удельный вес платных посещений в женские консультации.

По-видимому, полученные результаты свидетельствуют, с одной стороны, о том, что в государственном заказе на основные виды стационарного лечения предусматриваются объемы финансирования, приближающиеся к фактическим затратам на лечение больных, а в соответствующем заказе для амбулаторно-поликлинических организаций они далеко не покрывают расходов на их содержание. Понятно, что в таких условиях амбулаторно-поликлинические организации должны в большей степени проявлять активность в наращивании объемов платных медицинских услуг с тем, чтобы привести свои доходы в соответствие с фактическими расходами.

Таблица 2.13 - Динамика изменения числа посещений (в тыс.) по государственному заказу и на платной основе в амбулаторно-поликлинические организации Павлодарской области в 2013-2014 годах

Наименование услуг	2013 год					2014 год				
	всего посещений	кол-во посещений по госзаказу	%	кол-во посещений на платной основе	%	всего	кол-во посещений по госзаказу	%	кол-во посещений на платной основе	%
ПМСП взрослому населению в территориальных поликлиниках	3854806	3494418	90,7	360388	93	4247780	3773508	88,8	474272	11,2

ПМСП взрослому населению в СВА	252613	244523	96,8	8090	3,2	118884	118884	100,0	-	0,0
ПМСП женскому населению	832706	789456	94,8	43250	5,2	927144	842204	90,8	84940	9,2
ПМСП детскому населению	1697774	1640907	96,7	56867	33	1737516	1691069	973	46447	2,7
ПМСП в детских учреждениях закрытого тала	21342	21342	100	-	0,0	37340	37340	100	-	0,0
Стоматологическая помощь взрослому населению	160067	147330	92,0	12737	8,0	119092	105256	88,4	13836	11,6
Стоматологическая помощь детскому населению	175326	128511	73,3	46815	26,7	239349	181592	75,9	57757	24,1
Специализированная амбулаторно-поликлиническая	742009	712204	96,0	29805	4,0	735450	701695	95,4	33755	4,6
Консультативно-диагностическая помощь	309608	264924	85,6	44684	14,4	166494	113399	68,1	53095	31,9

Изучением доходов медицинских организаций, оказывающих основные виды стационарной помощи населению Павлодарской области представлены в таблицах 2.14, 2.15.

Таблица 2.14 - Динамика изменения доходов медицинских организаций, оказывающих основные виды стационарной помощи населению Павлодарской области в 2012-2014 годах (в тыс. тенге)

Профиль пролеченных больных	2012 год			2013 год			2014 год		
	доходы всего	в том числе		доходы всего	в том числе		доходы всего	в том числе	
		от реализации госзаказа	от реализации платных услуг		от реализации госзаказа	от реализации платных услуг		от реализации госзаказа	от реализации платных услуг
Терапевтической	3676543	330621,6	37032,7	415226,4	339524	75702,4	536499,4	422758	113741,4
Хирургический	5419863	472316,6	69669,7	657884,6	507239,2	150645,4	845732	623051,7	2226803
Педиатрической	218444,9	209524,5	8920,4	1337333	114384	193493	151159,1	130269,1	20890,0
Акушерско-гинекологический	272035,7	230170,9	41864,8	439833,2	347596,2	92237,0	581786,5	460710,4	121076,1
Наркологический	65840,8	52764,6	13076,2	595903	48000	115903	122968	100201,6	22766,4

В выше представленной таблице показано, что соотношение между доходами, полученными по государственному заказу и от платных медицинских услуг по терапевтическому и наркологическому профилю пролеченных больных во все исследуемые годы было 4:1.

Таблица 2.15 - Изменение соотношения в доходах медицинских организаций, оказывающих основные виды стационарной помощи населению Павлодарской области в 2012-2014 годах (в %)

Наименование услуг	2012 год		2013 год		2014 год	
	госзаказ	платные услуги	госзаказ	платные услуги	госзаказ	платные услуги
Терапевтический	80,2	19,8	81,8	18,2	78,8	21,2
Хирургический	87,1	12,9	77,1	22,9	73,7	26,3
Педиатрический	95,9	4,1	85,5	14,5	86,2	13,8
Акушерско-гинекологический	84,6	15,4	79,0	21,0	73,6	26,4
Наркологический	80,1	19,1	80,5	19,5	79,2	20,8

При анализе доходов, полученных при стационарном лечении хирургических больных, их доля от государственного заказа в 2013 году по сравнению с 2012 уменьшилась с 87,1% до 77,1%, а в 2014 году еще почти на 4%. Одновременно удельный вес доходов, получаемых от платного стационарного лечения, увеличивался соответствующим образом. Аналогичная тенденция выявлялась в соотношении этих показателей для пролеченных больных акушерско-гинекологического профиля. Другая закономерность определялась при анализе иоценке доходов от использования педиатрических коек: в 2012 году по отношению к 2013 году доходы от государственного заказа уменьшились на 10,4%, а в 2014 почти не изменились.

Аналогичный анализ по амбулаторно-поликлиническим организациям показал (Таблица 2.16, 2.17), что в территориальных поликлиниках в течение 2012-2013 годов доходы от государственного заказа уменьшились на 10,7%, а в 2014 году еще на 2,2%.

Таблица 2.16 - Динамика изменения доходов медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению Павлодарской области в 2012-2014 годах (в тыс. тенге)

Наименование услуг	2012 год			2013 год			2014 год		
	доходы - всего	в том числе		доходы — всего	в том числе		доходы - всего	в том числе	
		от реализа ции госзака а	от реализа ции платных услуг		от реализа ции госзака а	от реализа ции платных услуг		от реализа ции госзака а	от реализа ции платных услуг

ПМСП взрослому населению в территориальных поликлиниках	582782,8	507656,2	75126,6	376099,9	287314,2	88785,7	494125,8	366849,4	127276,4
ПМСП взрослому населению в СВА	-	-	-	41954,2	39837,6	2116,6	37193,5	37193,5	-
ПМСП женскому населению	50378,5	44873,5	5505,0	47546,9	39423,6	81233	81125,4	63747,1	173783
ПМСП детскому населению	214726,5	207285,7	7440,8	228759	214445,1	14313,9	334709,6	321974,5	12735,1
ПМСП в детских учреждениях закрытого тала	-	-	-	3465,9	3465,9	-	8098,7	8098,7	-
Стоматологическая помощь взрослому населению	50388,4	13991,7	36396,7	19556,4	11459,2	8097,2	35826,1	158973	19918,8
Стоматологическая помощь детскому населению	34071,1	17168,0	16903,1	531893	25298,4	27890,9	65855,1	31617,4	34237,7
Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь	2830,4	-	2830,4	76573	71220	5353	187710,7	175977,1	11733,6
Консультативно-диагностическая помощь	19482,7	-	19482,7	42645,6	12622,6	30023,0	50969,1	12109,1	38860,0
Всего:	954660,4	790975,1	163685,36	889790,1	1346070,6	188857,89	1275685,2	1033464,1	242221,12

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что соотношение между доходами, получаемыми по государственному заказу и от платных медицинских услуг, тем больше в пользу последних, чем в большей степени осуществляется плановая госпитализация больных. С другой стороны, очевидно, что этот показатель зависит и от полноты обеспечения финансовыми ресурсами государственного заказа, и от сложности диагностики, лечения, затрат на медикаменты. По-видимому, для хирургического и акушерско-гинекологического профиля стационарного лечения в большей степени, чем для терапевтического и педиатрического, в предусмотренных тарифах, ощущается дефицит финансовых ресурсов, особенно, для обеспечения хирургического вмешательства.

Таблица 2.17 - Удельный вес различных доходов медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению Павлодарской области в 2012-2014 годах

Наименование услуг	2012 год	2013 год	2014 год
--------------------	----------	----------	----------

	госзаказ	платные услуги	госзаказ	платные услуги	госзаказ	платные услуги
ПМСП взрослому населению в территориальных поликлиниках	87,1	12,9	76,4	23,6	74,2	25,8
ПМСП взрослому населению в СВА	-	-	94,9	5,1	100,0	-
ПМСП женскому населению	89,1	10,9	82,9	17,1	78,5	21,5
ПМСП детскому населению	96,5	3,5	93,7	6,3	96,2	3,8
ПМСП в детских учреждениях закрытого тала	-	-	0,5	-	0,8	-
Стоматологическая помощь взрослому населению	27,8	72,2	58,5	41,5	44,3	55,7
Стоматологическая помощь детскому населению	50,4	49,6	47,6	52,4	48,0	52,0
Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь	-	100,0	93,4	6,6	93,8	6,2
Консультативно-диагностическая помощь	-	100,0	29,6	70,4	23,7	76,3

В женских консультациях удельный вес от платных медицинских услуг в 2013 году по сравнению с 2012 годом увеличился в 1,7 раза, а в 2014 году еще на 25,7%. Соотношение между доходами по государственному заказу и доходами от платных медицинских услуг в детских поликлиниках и специализированных амбулаторно-поликлинических организациях было в пользу первых: удельный вес доходов от платных медицинских услуг в течение исследования мало менялся и составлял от 3,5% до 6,6%.

Однако при изучении соотношения этих показателей при оказании стоматологической и консультативно-диагностической помощи обнаруживалась другая картина. Так, их соотношение при оказании стоматологической помощи населению в 2013-2014 годах приближалось к 1:1, в основном, за счет увеличения доходов от платных медицинских услуг; доходы же от государственного заказа в консультативно-диагностических организациях в этот же период, наоборот, уменьшились и приближались в 2014 году к соотношению 1:3.

Эти результаты указывают на то, что для осуществления своей повседневной деятельности амбулаторно-поликлинические организации, наряду с государственным заказом, должны осуществлять платные медицинские услуги.

Такой подход соответствует основным положениям государственного казенного предприятия и будет способствовать повышению эффективности мониторинга за использованием бюджетных средств и выполнением планируемых объемов платных медицинских услуг.

По-видимому, назрела необходимость изменения порядка выделения государственного заказа. Медицинская организация, претендующая на

государственный заказ, должна заявить и планируемые объемы, перечень и доходы от платных медицинских услуг.

За невыполнение настоящих Правил медицинское учреждение в установленном порядке может быть лишено лицензии или права предоставления населению платных медицинских услуг.

Таким образом, доходы от платных медицинских услуг должны стать равноценной частью финансового плана, защищаемого медицинской организацией при получении государственного заказа. Такой методический подход повысит ответственность руководителей медицинских организаций не только за эффективное использование средств, выделяемых на выполнение государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи, но и за наращивание объема платных медицинских услуг. При этом, очевидно, недопустимо, чтобы при увеличении объема платных медицинских услуг, соответственно уменьшалось финансирование государственного заказа.

Полученные результаты не помогли установить определенные закономерности влияния средней стоимости бюджетного посещения на таковую при оказании платных медицинских услуг. Однако четко прослежена тенденция к устойчивому превышению стоимости платных медицинских услуг над бюджетными и это представляется принципиально важным при определении ценовой политики выделения государственного заказа. Понятно, что в стоимости платных медицинских услуг в большей степени учтены все фактические затраты, обеспечивающие ожидаемое качество и сервис платного медицинского обслуживания. С другой стороны, очевидно, что сложившийся уровень стоимости платных медицинских услуг определяется не столько уровнем спроса и предложения, сколько дефицитом финансирования государственного заказа и степенью регулирования цен на платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях.

Можно полагать, что складывающийся на территории уровень цен на платные медицинские услуги должен стать ориентиром при определении финансирования гарантированной бесплатной медицинской помощи.

Вместе с тем развитие платных медицинских услуг сопровождается рядом негативных явлений.

Недостаточный контроль за организацией предоставления платных медицинских услуг приводит к скрытой коммерциализации в амбулаторно - поликлинических и больничных учреждениях, получению медицинским персоналом "вознаграждения" напрямую, несоответствию стоимости услуг качеству обслуживания и существующим стандартам, развитию теневого оборота средств в системе здравоохранения.

В этой связи политика государства должна быть направлена на создание условий, препятствующих развитию нелегального рынка медицинских услуг, на достижение баланса между объемом бесплатной медицинской помощи и ее финансовым обеспечением, на ликвидацию необоснованного разрыва в уровне оплаты труда в реальном секторе экономики и бюджетной сфере, в том числе в

здравоохранении, на дальнейшее совершенствование обязательного и развитие добровольного медицинского страхования, а также частного здравоохранения.

Необходимо разработать четкие критерии, позволяющие разграничить медицинские услуги, оказываемые за счет различных источников финансирования.

Актуальным представляется также совершенствование нормативной базы и расширение деятельности субъектов медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан при медицинском обслуживании.

Следует усилить контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг населению, а также за правильностью взимания платы с населения со стороны всех государственных органов и организаций в соответствии с действующим законодательством.

### **3 Совершенствование системы финансирования здравоохранения**

#### **3.1 Программно-целевое финансирование в Павлодарской области**

В последние годы в Республике Казахстан по мере макроэкономической стабилизации изменялись приоритеты социальной политики, в том числе и в области развития общественного здравоохранения.

После принятия в конце 1998 года Закона Республики Казахстан о ликвидации всех внебюджетных фондов, в том числе Фонда ОМС, и внесения соответствующих поправок в Закон РК «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» был изменен порядок возмещения затрат на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Концепция дальнейшего реформирования системы здравоохранения строилась на обеспечении решения главной задачи, оправдывающей затраты общества на содержание здравоохранения - поддержание общественного здоровья на высоком уровне, необходимом для эффективного воспроизводства всех ресурсов общества. В новых социально-экономических условиях развития Республики Казахстан это означало, что общество формирует спрос на такую деятельность производителей медицинских услуг, которая при минимальных затратах обеспечивает поддержание здоровья каждого гражданина на должном уровне и эффективное восстановление здоровья в случае его утраты. Поэтому наиболее эффективный путь достижения стоящих перед здравоохранением задач виделся в преобразовании системы общественного здравоохранения с учетом перераспределения ролей поставщиков различных видов медицинских услуг.

Предусматривалось, что основной объем медицинской помощи в новой системе должен оказываться организациями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Было решено, что деятельность организаций ПМСП должна быть, в первую очередь, направлена на проведение профилактических мероприятий среди населения, раннюю диагностику и лечение относительно не сложных и наиболее распространенных заболеваний. В случае необходимости, такие организации должны оказывать своими силами возможную консультативно-диагностическую помощь, не требующую привлечения сложной диагностической техники и стационарного лечения. При более сложных заболеваниях, задача организаций ПМСП - своевременно выявить заболевание и направить пациента в соответствующие специализированные медицинские организации для дальнейшего лечения. Для этого необходима переподготовка имеющихся участковых терапевтов и педиатров, и подготовка новых врачей общей практики или семейных врачей.

Деятельность организаций, оказывающих специализированную консультативно-диагностическую помощь, должна быть направлена на оказание действительно сложных консультативных и диагностических услуг, требующих содержания специализированных служб с соответствующим медицинским оборудованием. При этом применение сложной диагностики должно быть экономически оправдано, а значит, необходимы экономические рычаги, с

помощью которых возможно регулирование объемов специализированных услуг, в соответствии с реальной потребностью на эти услуги на данной территории.

В этих условиях деятельность стационаров, как наиболее дорогого вида медицинского обслуживания, должна наиболее жестко контролироваться уполномоченным органом. Подходы к организации лечения в стационаре должны кардинально измениться. Стационарное лечение должно применяться только в тех случаях, когда для лечения болезни действительно необходимы динамическое наблюдение, обеспечение профессионального ухода и сложное медицинское оборудование. Следовательно, объемы стационарной помощи должны постепенно сокращаться до минимально необходимых размеров.

Таким образом, задачей управления общественным здравоохранением в процессе рыночных преобразований становится создание экономических условий для поставщиков медицинской помощи, стимулирующих достижение поставленных задач с максимально эффективным использованием финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение.

Было констатировано, что поскольку основной задачей для организаций ПМСП становится оздоровление населения путем проведения широкомасштабных профилактических мероприятий среди обслуживаемого контингента, то любые методы оплаты, пропорциональные объему выполненной лечебно-диагностической работы (количество визитов к врачу, обращений в поликлинику, оказанных услуг или проведенных исследований) не могут выступать в качестве стимулирующих факторов, влияющих на повышение эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих эти виды помощи. При проведении профилактических мероприятий затраты организаций ПМСП будут зависеть от количества охваченных профилактической работой пациентов, их пола, возраста, степени удаленности от врача и т.д. Поэтому для стимулирования профилактической направленности деятельности организаций ПМСП их финансирование должно зависеть от количества обслуживаемого населения, его половозрастного состава, территориального расположения и, возможно, других специфических факторов. При этом обслуживаемое население должно быть закреплено за медицинской организацией и оплата за его медицинское обслуживание должна быть постоянной во времени. Результаты планомерной профилактики виделись в экономии средств организации на проведение лечебно-профилактической и диагностической работы при снижении общего уровня заболеваемости прикрепленных пациентов.

На основании изложенных соображений программно-целевое финансирование первичной медицинской помощи было решено осуществлять по среднедушевому принципу, то есть за каждого прикрепленного пациента организации ПМСП, выплачивается определенная сумма средств за каждый календарный период. Эта сумма дифференцируется в зависимости от состава пациентов по полу, возрасту и степени сложности медицинского обслуживания. При этом конкурентная среда обеспечивается путем предоставления пациенту

права свободного выбора организации ПСМП и врача при прикреплении. Именно такой подход стимулирует наиболее выгодную стратегию поведения врачей ПСМП - проведение активной профилактической работы среди прикрепленного населения, что в перспективе позволит сократить затраты на лечение пациентов. Наиболее выгодной тактикой поведения врача в этих условиях является предоставление максимально качественной медицинской помощи заболевшим пациентам, что позволит привлечь дополнительных пациентов в условиях свободного выбора врача, а значит, получить дополнительное финансирование.

В отличие от ПМСП, содержание специализированной помощи всегда четко определено. Это либо консультативные услуги узких специалистов, либо конкретные диагностические исследования и лечебные процедуры или манипуляции, назначенные пациенту в ходе обследования или лечения установленного заболевания.

При этом данные услуги выполняются по назначению либо врачей ПМСП, либо узких специалистов. Затраты медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, зависят только от выполненного объема услуг. Повышение эффективности работы таких организаций может быть достигнуто путем снижения затрат на оказание услуг за счет углубления специализации и использования современных организационных и клинических технологий при обеспечении массовости производимых услуг для максимальной загрузки медицинского оборудования и мощностей учреждений в целом.

Для поддержания специализированных служб на высоком уровне необходимо, чтобы финансирование соответствовало затратам, которые несут организации, оказывающие специализированную помощь. Только тогда медицинские организации смогут поддерживать в надлежащем состоянии сложное диагностическое оборудование и привлекать на работу квалифицированный персонал, а значит, смогут качественно выполнять свою роль в системе общественного здравоохранения.

В новой системе ресурсного обеспечения общественного здравоохранения тот же принцип должен распространяться и на систему целевого финансирования стационарной помощи. С тем различием, что дифференциация оплаты стационарной помощи осуществляется по клинико- затратным группам (КЗГ). В этом случае основой группировки нозологических форм, при которых медицинская помощь оказывается населению в различных отделениях стационаров, становится равенство затрат на ее оказание.

Таким образом, анализ и оценка мировой практики обеспечения государственных гарантий по охране здоровья граждан показал, что наиболее приемлемым методом финансирования специализированной амбулаторной и стационарной помощи является оплата за выполненные услуги (посещения, консультации специалистов, диагностические исследования, пролеченные в стационарах пациенты) по единым для территории, стабильным тарифам в соответствии с амбулаторно-поликлиническим тарификатором и классификатором КЗГ. При этом затратноемкость услуг должна рассчитываться

на основе информации о затратах организаций на производство медицинских услуг. Для обеспечения сопоставимости полученных данных о себестоимости производства услуг в различных организациях, производящих аналогичные услуги, анализ затрат проводится по единой методике.

Конечно, ставилась задача, чтобы финансирование по единым тарифам создавало для производителей равные стартовые условия в процессе конкурентной борьбы за объемы медицинских услуг. При этом преимущество получают организации, сумевшие добиться снижения непроизводственных затрат, и, следовательно, снижения себестоимости при производстве услуг по сравнению с тарифами, что означало бы получение ими прибыли. И наоборот, организации, допускающие неоправданно высокие расходы при производстве услуг, оказываются в невыгодном положении, терпят убытки и со временем уходят с рынка медицинских услуг.

Таким образом, программно-целевое финансирование системы здравоохранения Павлодарской области, начиная с 1999 года, базируется на изложенных выше принципах и осуществляется в форме размещения государственного заказа на оказание медицинских услуг в соответствии с Законом РК «О государственных закупках» и «Правилами финансирования республиканских и местных бюджетных программ, выполняемых в рамках государственного заказа» (утверждены постановлением Правительства РК №1675 от 06.11.2000г.). При этом государственный заказ рассматривается как форма реализации республиканской и местной бюджетной программы, которая выполняется в виде приобретения заказчиком в лице распорядителя республиканского или местного бюджета услуг (товаров, работ) за счет средств республиканского и (или) местного бюджета.

Объем бесплатной медицинской помощи гражданам в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан №135 от 27.01.2000г. гарантируется на двух уровнях: местном и республиканском.

За счет средств местного бюджета оплачивается:

- первичная медико-санитарная помощь;
- консультативно-диагностическая помощь, осуществляемая специализированными амбулаторно-поликлиническими организациями по направлению врачей первичного звена;
- стоматологическая помощь лицам до 18 лет (за исключением ортодонтии), беременным женщинам и пациентам с острой зубной болью;
- физиотерапевтическая помощь лицам до 18 лет;
- скорая и неотложная помощь;
- плановая и экстренная стационарная помощь на местном уровне по всем видам заболеваний по направлению специалистов ПМСП (включая онкологическую, психоневрологическую, инфекционную, офтальмологическую, хирургическую, нейрохирургическую, ортопедическую, уронефрологическую, терапевтическую, травматологическую, дерматовенерологическую, беременным и роженицам, гинекологическую, больным алкоголизмом и

наркоманией, туберкулезом, сахарным диабетом, бронхолегочными заболеваниями);

- медицинская помощь при заболеваниях, возникающих в экстренных и чрезвычайных ситуациях;

- все виды медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным.

За счет средств республиканского бюджета оплачивается:

- оказание специализированной медицинской помощи (включая реабилитационную помощь взрослому и детскому населению) по направлениям организаций здравоохранения: хирургической, нейрохирургической, уронефрологической, психиатрической, онкологической и радиологической, дерматовенерологической, офтальмологической, кардиологической, акушерско-гинекологической и при заболеваниях, связанных с воздействием вредных и опасных производственных факторов, больным туберкулезом, лепрой;

- оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным;

- оказание медицинской помощи при заболеваниях, возникающих в экстренных и чрезвычайных ситуациях;

- судебно-медицинская экспертиза.

Также на сметном финансировании за счет средств республиканского бюджета находятся учреждения судебной медицины всех уровней, лепрозории, противочумные станции и организации санитарно-противоэпидемической службы республиканского уровня. Помимо расходов на содержание ряда организаций здравоохранения часть средств республиканского бюджета используется для оплаты по объему выполненных услуг в клиниках республиканских научно-исследовательских и учебных институтов, оказание консультативной помощи, реабилитацию детей, оплату лечения граждан Республики Казахстан за границей, заготовку и хранение запасов крови. Кроме того, за счет средств республиканского бюджета осуществляется централизованная закупка вакцин и медикаментов по государственным программам, реализуемым в Республике Казахстан: «Туберкулез», «Диабет», «Иммунопрофилактика».

В развитие указанного постановления Правительства РК департаментом здравоохранения утвержден «Типовой перечень медицинских услуг, не входящих в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и оказываемых на платной основе организациями здравоохранения». В этот перечень включены:

- услуги специалистов ПМСП гражданам, не следующим правилам прикрепления, установленным для населения республики (за исключением граждан, нуждающихся в неотложной и экстренной помощи);

- услуги консультативно-диагностических организаций гражданам, обратившимся за медицинской помощью без направления специалистов ПМСП;

- стационарная помощь, включая лекарственную, взрослым гражданам, не нуждающимся в неотложной и экстренной помощи, поступающим без направления специалистов ПМСП и КДО;

- лечебно-профилактические, консультативные и сервисные услуги, предоставляемые всеми типами ЛПО по желанию пациента;
- профилактические осмотры взрослого населения в порядке, установленном уполномоченным центральным органом в области охраны здоровья граждан;
- стоматологическая помощь и зубопротезирование населению старше 18 лет (за исключением случаев с острой зубной болью) и ортодонтическая помощь лицам до 18 лет;
- физиотерапевтическая медицинская помощь взрослому населению;
- медицинские услуги пациентам при травмах, полученных в состоянии алкогольного опьянения;
- реабилитационные мероприятия нуждающимся в оздоровлении родителям, находящимся в ЛПО по уходу за детьми старше 6 лет;
- медико-генетические исследования без медицинских показаний.

Из всех существующих методов определения объема потребления стационарной помощи был избран метод его определения по числу госпитализаций по 173 клинико-затратным группам и профилям отделений, с учетом характера госпитализации (плановая, экстренная) и возрастной дифференциации показателей. Расчеты проводились на базе статистической информации по всем учреждениям области, оказывающим стационарную помощь населению Павлодарской области, за три года, предшествующие планируемому.

При формировании возрастных групп выделялись дети первого года жизни, возрастные группы с шагом в пять лет для населения до восьмидесяти лет и население старше восьмидесяти лет.

Например, объем потребления стационарной помощи рассчитывался по следующей формуле 3.1:

$$P_j = \frac{V_{ijl} * k_1}{N * m}, \quad (3.1)$$

где:

$P_j$  - планируемый объем потребления стационарной помощи в  $j$ -ом отделении;

$V_{ijl}$  - число госпитализаций по 1-ой КЗГ в отделение  $j$ -го профиля населения, принадлежащего к 1-возрастной группе;

$k_1$  - возрастной коэффициент (отношение численности 1-возрастной группы к общей численности населения города на планируемый год);

$N$  - суммарная численность населения города за три года;

$m$  - число КЗГ, по которым оказывается стационарная помощь в  $j$ -ом отделении.

Рассчитанные по приведенной выше формуле объемы потребности населения области в стационарной помощи выставляются на открытые конкурсные торги для организаций здравоохранения всех форм собственности, имеющих лицензию на право занятия медицинской деятельностью. В таблице

3.1 представлены объемы государственного заказа на оказание стационарной помощи населению Павлодарской области на 2014 год.

Таблица 3.1 - Перечень государственных закупок на оказание стационарной медицинской помощи населению Павлодарской области(ЛОТ №1)

№ п/п	Наименование подлога	Профиль пролеченных больных	Кол-во пролеченных больных
1	2	3	4
1-1	Терапевтический	1.Терапевтический 2 Кардиологический экстренный 3 Кардиологический плановый 4 Нефро логический 5 Неврологический 6 Эндокринологический 7 Гастроэнтерологический 8 Ревматологический 9 Пульмонологический 10 Аллергологический 11 Гематологический 12.Нейроинсультный 13 Хронический гемодиализ (кол-во сеансов) 14 Токсикологический возможностями проведения гемодиализа 15 Сестринского ухода 16 ХОСПИС 17 Реабилитационный	8200 4000 1000 1600 4000 1000 1400 2000 2200 1700 1200 1900 5500 5200 480 340 1080
1-2	Хирургический	1.Общехирургический экстренный (для взрослых) 2.Общехирургический плановый (для взрослых) 3.Общехирургический (для детей) экстренный 4.Общехирургический (для детей) плановый 5.Офтальмологический (для взрослых) 6.Офтальмологический (для детей)	7000 1000 1400 600 2500 1200

Продолжение таблицы 3.1

1	2	3	4
		7.Сосудистая хирургия 8.Гнойная хирургия (для взрослых)	1400

		экстренная	1200
		9.Гнойная хирургия (для детей)	
		плановая	300
		10.Гнойная хирургия (для детей)	
		экстренная	700
		11 .Гнойная хирургия (для детей)	
		плановая	300
		12.Проктологический	
		13.Урологические экстренные	840
		14.Урологические плановые	2600
		15.Торакальная хирургия (для взрослых)	400
		1 б.Торакальная хирургия (для детей)	<b>100</b>
		17.Травматологический (для взрослых)	140
			4600
		18.Травматологический (для детей)	
		19.Ортопедический (для взрослых)	3200
		20.Ортопедический (для детей)	500
		21 .Ортопедический для детей при врожденных пороках, демормациях	50
			150
		22.Ожоговый (для взрослых)	700
		23.Ожоговый (для детей)	600
		24.ЛОР (для взрослых)	4200
		25.ЛОР (для детей)	2100
		26.Челюстно-лицевой (для взрослых)	2800
		27.Челюстно-лицевой (для детей)	1100
		28.Нейрохирургия (для взрослых)	6200
		29.Нейрохирургия (для детей)	400
1-3	Педиатрический	1.Неонатологический	740
		2. Гематологический	90
		3. Эндокринологический	600
		4. Аллергологический	1200
		5. Неврологический	1700
		6. Кардиоревматологический	700
		7. Нефрологический	800
		8. Нефрологический (для детей) с энурезом, тяжелыми гломерулонефритами, пороками почек	<b>100</b>
		9. Гастроэтерологический	700
		10.Токсикологический	420
		11. Дерматологический	700
		12. Пульмонологический	600

1	2	3	4
---	---	---	---

1-4	Акушерско-гинекологический	1	Гинекологический экстренный	8600
		2	Гинекологический плановый	7000
		3	Родильный	12500
		4	Родильный для группы высокого риска	3000
		5	Патологии беременности	5900
		6	Патологии беременности для группы высокого риска	1500
		7	Патология беременности с риском невынашивания (до 28 недель)	600
		8	Неонатологический (2-ой этап выхаживания)	700
1-5	Онкологический	Онкологический	2000	
1-6	Наркологический	Наркологический	2000	
1-7	Кожно-венерологический	Венерологический	1470	
		Дерматологический (для взрослых)	800	
1-8	Реабилитационный (детям до 7 лет)	Общесоматический, реабилитационный	3200	
1-9	Восстановительное лечение	Восстановительное лечение	600	
	Итого:		145010	

Особенностью разработанной методики финансирования амбулаторно-поликлинической помощи населению Павлодарской области в системе распределения, бюджетных средств через размещение государственного заказа явилось выделение средств не в расчете на медицинскую услугу, а на численность обслуживаемого населения.

При этом объем амбулаторно-поликлинической помощи населению (таблица 3.2) планировался отдельно для первичной медико-санитарной помощи с указанием видов помощи, контингентов обслуживаемого (приписного) населения (например, первичная медико-санитарная помощь с комплексом консультативно-диагностических услуг, за исключением акушерско-гинекологической, прикрепленному взрослому населению, или стоматологическая помощь детскому населению), общей численности населения, для которого определяется тот или иной вид медицинской помощи, и минимальной численности контингента, при которой данный вид помощи может быть реализован.

Вместе с тем, Закон Республики Казахстан «О государственных закупках в Республике Казахстан» предусматривает заключение договоров на приобретение услуг из одного источника финансирования, что стало на первом этапе внедрения новой системы в большинстве регионов республики основой для финансирования только местной сети организаций здравоохранения (расположенной на своей территории).

Таблица 3.2 –Переченьобъема и видов услуг государственного заказа на оказание амбулаторно-поликлинических услуг населению Павлодарской области(ЛОТ №2)

№ п/п	Наименование услуги	Миним. кол-во населения	Кол-во населения
1	2	3	4
2.1.	Первичная медико-санитарная помощь в СВА (смешанное население)	5200	110000
2.2.	Первичная медико-санитарная помощь с комплексом консультативно-диагностических услуг, за исключением акушерско-гинекологической, взрослому населению Павлодарской областина одного жителя потенциально прикрепленного населения	25000	462609
2.3	Первичная акушерско-гинекологической медико-санитарная помощь женскому взрослому населению Павлодарской области, включая патронаж беременных с комплексом консультативно-диагностических услуг на одного жителя потенциально прикрепленного населения	18000	207872
2.4	Педиатрическая первичная медико-санитарная помощь, включая педиатрическое и стоматологическое обслуживание в открытых дошкольно-школьных учреждениях образования с комплексом консультативно- диагностических услуг на одного потенциально прикрепленного ребенка	8000	121991
2.5	Педиатрическая помощь в закрытых дошкольно-школьных учреждениях образования согласно базового пакета учреждения на одного потенциально прикрепленного ребенка	800	30000
2.6.	Стоматологическая помощь прикрепленному взрослому населению (лечение острой боли)	50000	15717
2.7.	Стоматологическая помощь прикрепленному детскому населению (СД)	15000	128833

Продолжение таблицы

1	2	3	4
2.8.	Узкоспециализированные услуги (в городских, межрайонных центрах, пунктах, кабинетах, диспансерах)		
	Центр патологии речи		2020
	Сурдологические (для детей)		1000

	Сурдологические (для взрослых)	4900
	Гематологические (для взрослых)	2800
	Гематологические (для детей)	2500
	Гельминтологические	2000
	По амбулаторной хирургии	20000
	В травмпункте (для взрослых)	30000
	По охране зрения детей	6000
	Рентгенологические (для населения детских пол-к №3 поликлиники №6)	5900
	Аллергологические (для взрослых) (с проведением не менее 100 случаев десенсибилизирующей терапии)	10000
	Аллергологические (для детей) (с проведением не менее 100 случаев десенсибилизирующей терапии)	1300
	Иммунологические	10000
	Эндокринологические для детей	6000
	Диагностического центра	150000
	Центра репродукции человека	60000
	УЗ-скрининга беременным	30000
	По детской и подростковой гинекологии	30000
	Онкологические	80000
	Наркологические	114000
	Дерматовенерологические	170000
2.9	Консультативно-диагностические услуги (посещения) для территориального населения	200000

Такой подход был обоснован тем, что новая инфраструктура ПМСП в Павлодарской области была не до конца сформирована и на начало внедрения государственных закупок в области действовало только семь самостоятельных семейных амбулаторий. Остальной объем первичной медико-санитарной помощи оказывали в основном территориальные поликлиники и другие организации, создававшиеся для комплексного поликлинического обслуживания. Поэтому в рамках проводимого исследования основной задачей планирования ПМСП явилось выделение контингентов населения для оказания тех или иных комбинаций услуг, выполняемых службой ПМСП и лимитов численности обслуживаемого населения. Поскольку само расширение первичной медико-санитарной помощи преследовало цель повышения доступности медицинской помощи населению, планирование численности обслуживаемого населения для ПМСП проводилось по административным районам области.

Другой раздел Лота №2 содержит виды специализированной (онкологическая, гематологическая, аллергологическая и т.д.) и консультативно-диагностической амбулаторной помощи, выполняемой для населения, прикрепленного к территориальным поликлиникам, организациями более высокого уровня, в этом разделе выделяются также отдельные виды диагностических исследований (рентгенодиагностические, иммунологические и т.д.). Единицей измерения в данном разделе лота служила также численность населения, которому планировалось оказать перечисленные услуги в 2015 году.

Для определения объемов потребления этих видов поликлинической помощи используется тот же алгоритм, что и при расчете потребления стационарных услуг.

Лот №3 (таблица 3.3) включает в себя предполагаемые объемы услуг скорой медицинской помощи (планируется число вызовов), учреждений по подготовке среднего медицинского персонала (планируется число обучаемых специалистов), а также выполнение работ по реализации городской программы «Здоровый образ жизни».

Таблица 3.3 –Перечень объема и видов прочих услуг здравоохранения на 2014 год (ЛОТ №3)

№ п/п	Наименование услуги	Предельное кол-во услуг (вызовов, обучение специалистов, программ)
3.1.	Комплекс услуг скорой медицинской помощи населению Павлодарской области по обращаемости (вызов)	180000
3.2.	Подготовка среднего медперсонала (специалистов по специальности 0406 «сестринское дело»)	500
3.3	Услуги по программам «Здоровый образ жизни» Жизнь без туберкулеза, Молодежь против СПИДа, наркотиков, табакокурения и алкоголизма, Здоровые города За будущего здорового ребенка	-

**Второй этап** реализации государственных закупок включал в себя подготовку и подачу заявок на участие в конкурсе медицинскими организациями.

Проведение конкурса поставщиков медицинских услуг регламентировано разработанной «Инструкцией о порядке проведения открытого конкурса по размещению государственного заказа на оказание стационарной, первичной медико-санитарной помощи, консультативно- диагностических и прочих услуг здравоохранения населению Павлодарской области», и утвержденной Акимом Павлодарской области. В соответствии с этой инструкцией участники конкурса на реализацию государственного заказа, помимо наличия лицензии, должны

отвечать ряду требований, основными среди которых являются: самостоятельный юридический статус организации; наличие соответствующей базы для оказания медицинской помощи на современном уровне, возможность предоставления статистических и финансовых форм отчетности на электронных носителях в формате, согласованном с департаментом здравоохранения города. Для стационаров необходимо наличие реанимационно-анестезиологического отделения достаточной мощности, для хирургических отделений стационаров - наличие автономного энергоисточника. При оказании экстренной хирургической помощи требуется не только наличие специализированного отделения для профильной госпитализации больных, но и полный набор специалистов смежных профилей для формирования полноценной инфраструктуры экстренных бригад.

Следует заметить, что изменение принципов программно-целевого финансирования медицинской помощи при реализации государственных закупок, с выделением бюджетных средств поставщикам медицинских услуг в расчете на численность прикрепленного населения, за законченный случай лечения или объем выполненных услуг без нормирования расходов по статьям сметы, то есть переход от содержания учреждений здравоохранения к приобретению у них услуг, сделали невозможным участие в конкурсах МО в их прежнем статусе. Поэтому проведению конкурсов предшествовала серьезная работа по перерегистрации медицинских организаций в государственные коммунальные казенные предприятия.

При разработке правил проведения конкурса на размещение государственного заказа по оказанию медицинских услуг имелось в виду, что в Павлодарской области, с населением 756855 тысяч человек, в условиях бюджетного дефицита его осуществление будет отличаться особо острой конкурентной борьбой.

Было решено, что к конкурсу допускаются потенциальные поставщики, независимо от форм собственности, расположенные на территории области, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие медицинские услуги, соответствующие стандартным требованиям качества.

Правилами проведения конкурса предусматривалось, что все его участники не менее чем за 60 дней до его начала подают конкурсные заявки на те виды медицинской помощи, на финансирование которых они претендуют в рамках реализации городской программы обеспечения населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи за счет средств городского бюджета. Конкурсная заявка включала в себя:

- документы, подтверждающие правомочность и квалификацию потенциального поставщика;
- таблицы цен;
- справку о финансовом состоянии потенциального поставщика за последний месяц;
- справку соответствующего налогового комитета о выполнении потенциальным поставщиком налоговых обязательств за последний месяц;

- смету расходов с обоснованием возмещения затрат за оказанные медицинские услуги;
- бизнес-план организации на конкурсный год;
- данные о профессиональной квалификации персонала, который будет заниматься предоставлением конкурсных услуг;
- статистический и финансовый отчеты организации за 2 предшествующих конкурсу года.

При формировании заявок на участие в конкурсе все организации определяют объем помощи (по видам медицинских услуг и специальностям), который они планируют оказать за счет бюджетного финансирования, и цены реализации этих услуг.

Для выполнения расчетов стоимости лечения все виды затрат ЛПО группировались в две большие группы: прямые затраты и косвенные затраты. При этом к прямым затратам относили все виды расходов, которые могут быть учтены непосредственно:

- фонд заработной платы;
- отчисления в пенсионный фонд и социальный налог;
- приобретение медикаментов и перевязочных средств;
- питание;
- приобретение мягкого инвентаря и обмундирования.

Прямые затраты рассчитывались как сумма затрат по указанным позициям.

Косвенными являются следующие затраты:

- командировочные расходы;
- приобретение предметов и материалов для текущих хозяйственных целей, особого оборудования и материалов;
- расходы на аренду помещений и прочие расходы на приобретение товаров и услуг;
- хозяйственные расходы;
- освещение, отопление;
- водоснабжение, газ, телефон, транспортные расходы;
- другие текущие расходы (содержание зданий, территорий; ремонт медицинского и бытового оборудования, техники; почтовые расходы, канцелярские товары, подписка; прочие расходы).

Таким образом, в результате ступенчатого отнесения вычислялись окончательные затраты по амбулаторно-поликлиническим и стационарным отделениям, включающие затраты всех административно-хозяйственных, параклинических и промежуточных клинических служб медицинской организации, что позволяло рассчитать стоимость лечения пациента в каждом из поликлинических и стационарных отделений.

Для каждого из отделений стационара рассчитывалась средняя стоимость пролеченного случая путем деления окончательных затрат на число случаев, пролеченных в отделении и стоимость койко-дня для последующей тарификации КЗГ. Для параклинических и поликлинических отделений

рассчитывалась стоимость различного вида услуг в соответствии с амбулаторным тарификатором.

На конкурс потенциальные поставщики медицинских услуг представляли цены:

- по стационарной помощи - в расчете на случай госпитализации в профильном отделении с указанием вида госпитализации (плановая, экстренная) и контингента (взрослые, дети);
- по ПМСП - среднюю стоимость лечения одного прикрепленного в год;
- по другим видам амбулаторной помощи (консультативная, диагностика, реабилитация) - стоимость услуг по амбулаторно-поликлиническому тарификатору.

**В** соответствии с разработанной нами методикой **третий этап** формирования государственных закупок заключается в рассмотрении конкурсных заявок, проведение их экспертизы и подведение итогов конкурса. Организатором конкурса выступает департамент здравоохранения Павлодарской области. Конкурсы проводятся конкурсной комиссией аппарата Акима области под председательством первого заместителя Акима. **В** состав конкурсной комиссии входили: заместитель Акима области (курирующий здравоохранение), начальник департамента финансов, председатель областного экономического комитета, начальник департамента здравоохранения Павлодарской области, руководители и специалисты служб администрации области.

В течение 30 дней, после объявления в средствах массовой информации о конкурсе, конкурсной комиссией производится прием документов ЛПО. По истечении этого срока в присутствии всех потенциальных поставщиков (для исключения возможностей внесения изменений в конкурсные документы) производится вскрытие поступивших конвертов. После вскрытия конкурсные документы передаются экспертной комиссии, представленной сотрудниками аппарата Акима области, областного департамента финансов, заместителей начальника и главных специалистов департамента здравоохранения. В соответствии с Законом РК «О государственных закупках» экспертная комиссия в течение 10 дней обрабатывает конкурсные документы и представляет на рассмотрение конкурсной комиссии табличные материалы и экспертное заключение, рассмотрев которые конкурсная комиссия принимает окончательное решение по размещению государственного заказа на оказание медицинских услуг и оформляет протоколы результатов конкурса. Протоколы конкурсной комиссии являются основными документами для финансового управления и казначейства при осуществлении процедуры возмещения затрат на оказание медицинских услуг.

При рассмотрении конкурсных заявок определяющим критерием для конкурсной комиссии является цена услуги, заявленная потенциальным поставщиком и представленная по стандартной форме. Основными критериями при оценке размеров цен потенциальных поставщиков медицинских услуг для конкурсной комиссии служит то, что цены не должны превышать средних

значений, сложившихся в медицинской организации (за исключением затрат на капитальный ремонт и приобретение дорогостоящего оборудования).

Конкурсная комиссия при рассмотрении предложений ЛПО определяет выигравшую заявку на основе самой низкой цены на аналогичные услуги. Для этого определяется общая условная цена каждой конкурсной заявки, и заявка с наименьшей условной ценой считается победившей в конкурсе в случае ее соответствия требованиям, предъявляемым к участникам конкурса. Так, в качестве дополнительных критериев рассматривается месторасположение медицинской организации с точки зрения обеспечения доступности медицинской помощи для обслуживаемого населения. Принимается во внимание и опыт работы потенциального поставщика на рынке медицинских услуг, квалификационная оценка персонала, репутация организации, профессиональная компетентность потенциального поставщика и персонала медицинской организации, которой предстоит заниматься оказанием медицинской помощи.

Пример определения победителей конкурса на оказание первичной медико-санитарной помощи населению одного из городов Павлодарской области г. Аксу приведен в таблице 3.4

Таблица 3.4 - Фрагмент рабочей таблицы по размещению государственного заказа по лоту 2.2. «Оказание ПМСП с комплексом амбулаторно-поликлинических услуг взрослому населению»

Район	Наименование потенциального поставщика	Цена за единицу	Предлагаемый объем услуг	Сумма предложения	Цена с учетом средней взвешенной	Размещенный объем госзаказа	Сумма победителя
г. Аксу	ГП №6	700	20000	14000000	700	20000	14000000
	ТОО «Авиценна»	710	14600	10360000	710	14600	10360000
	ГП №4	760	25000	19000000	746,6	25000	18665000
	га №8	780	15000	11700000	746,6	10000	7466000
	ГП №16	820	12000	82012000	746,6	-	-
Итого по району:			86600	137072000	-	69600	5049100
Лимит населения по району			69652	-	-	-	
Разница между суммой предложения и суммой победителей			-	-	-	-	132022900

Численность взрослого населения, первичная медико-санитарная помощь которому была выставлена на конкурсные торги, составляла 166 тысяч человек. К участию в конкурсе на оказание ПМСП этой группе населения были допущены пять медицинских организаций, среди которых четыре городских поликлиники для взрослых и частное предприятие ТОО «Авиценна». Каждый из участников конкурса заявил желаемый объем услуг для реализации в рамках

государственного заказа (от 10000 до 25000 обслуживаемого населения) и цены, по которым каждый из потенциальных поставщиков предлагает реализовать медицинскую помощь. Ценовые предложения колебались от 700 тенге за одного прикрепленного в год у городской поликлиники №6 до 820 тенге - у городской поликлиники №16.

По всем конкурсным заявкам рассчитывается средняя цена предложения по следующей формуле (3.2):

$$C_{\text{ср}} = \frac{Z}{\sum C_i * Z_i}, \quad (3.2)$$

где:

$C_{\text{ср}}$  - средняя цена предложения;

$Z$  - общий объем конкурсных предложений;

$C_i$  - цена  $i$ -й заявки;

$Z_i$  - объем  $i$ -й заявки.

Все участники конкурса, предложившие цену заявки меньше средней, получают финансирование в заявленном объеме по предложенным ими ценам (в нашем примере это поликлиника № 6 и ТОО «Авиценна»). Оставшаяся часть лота распределяется между остальными участниками торгов по средней цене. При этом организации, считающие, что они не смогут выполнить заявленный объем помощи по меньшим ценам, имеют право отказаться или скорректировать объем своего предложения. Поскольку экспертная комиссия представляет на конкурс заявки, ранжированные по ценам (от меньшей к большей), преимущество на получение госзаказа получают организации, расположенные выше в списке конкурсантов, то есть имеющие меньшее отклонение цены от средней.

В нашем примере совокупный объем заявок превышал размер предложения услуг, поэтому ГП №16, цены которой имели максимальное значение, не получила государственного заказа по этому лоту, а поликлинике №8 был скорректирован объем заказа почти на 17%.

Следует отметить, что опыт проведения конкурсов на размещение государственного заказа позволяет совершенствовать процедуру и алгоритм его организации. Так, из-за отсутствия оговоренного перечня услуг, которые должны быть оказаны населению за счет средств бюджета, ряд участников конкурса, стремясь выиграть тендер любой ценой, неоправданно снижали цены, выводя из расчета ряд услуг. Это обусловило в последующем утверждение базового пакета амбулаторно-поликлинической помощи на территориальном уровне.

По итогам конкурса ЛПО, получившие право на участие в реализации программы оказания бесплатного гарантированного объема медицинской помощи населению, заключают с администрацией города «Договор о государственных закупках», финансирование которого осуществляется за счет средств городского бюджета. Договор вступает в силу с момента регистрации

его заказчиком в органах казначейства. Условия договора, заключенного между финансирующим органом и поставщиком медицинских услуг, регулируют ответственность сторон в системе госзаказа. При этом органы управления здравоохранением несут правовую и материальную ответственность за неполное обеспечение финансирования по факту оказания медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, медицинские организации - за объем и качество предоставляемых населению медицинских услуг.

Финансирование МО, допущенных в результате конкурсного отбора к реализации городской программы бесплатного гарантированного объема медицинской помощи населению Павлодарской области, осуществляется в размерах, соответствующих заявленным каждой организацией ценам на медицинские услуги и объемам медицинской помощи по различным видам и специальностям, утвержденным для данной МО конкурсной комиссией.

Оплата стационарной помощи производится за выполненный объем по каждой КЗГ по ежемесячно представляемым счетам-реестрам. Сумма счета определяется как сумма произведений количества пролеченных пациентов по каждой КЗГ, на утвержденную данной МО в ходе конкурсного отбора цену. Также по ежемесячно представляемым счетам оплачивается объем консультативной и диагностической амбулаторной помощи.

Сумма средств на оказание первичной медико-санитарной помощи выплачивается медицинскому учреждению финансирующей организацией ежемесячно в виде среднечеловеческого норматива на каждого прикрепленного пациента с учетом половозрастных коэффициентов потребления первичной медико-санитарной помощи и определяется по формуле ( 3 . 3 ) :

$$C_{пмсп} = (\sum C_i * Ч_i) * K \quad ( 3 . 3 )$$

где:

$C_{пмсп}$  — стоимость первичной медико-санитарной помощи, на которую ЛПУ получило госзаказ;

$C_i$  - цена за  $i$ -ый вид ПСМП;

$Ч_i$  - численность  $i$ -ого контингента населения;

$K$  - коэффициент сезонности посещаемости МО.

Таким образом, механизм формирования государственного заказа медицинской помощи представляет собой систему разработки видов и объемов медицинских услуг, необходимых для обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, на основе финансовых нормативов, выбор наиболее эффективных поставщиков медицинских услуг, условия, порядок предоставления и возмещения затрат на оказание медицинских услуг. Система государственного заказа является мощным инструментом контроля за общими расходами и обеспечивает эффективную систему использования ресурсов территориального здравоохранения. Системой

программно- целевого финансирования здравоохранения на основе государственных закупок обеспечивается жесткая конкурентная борьба государственных, ведомственных и частных структур за бюджетные ресурсы, что положительно отражается на качестве и эффективности работы медицинских организаций и здоровье населения.

### **3.2 Развитие государственных закупок здравоохранения**

Одним из главных направлений реформирования системы охраны здоровья населения Республики Казахстан является совершенствование механизма взаимодействия между производящими и финансирующими структурами здравоохранения на основе государственных закупок.

Постоянное совершенствование системы финансирования государственных закупок здравоохранения должно стать неотъемлемым условием повышения ее эффективности в целом.

В связи с этим предлагаются следующие меры по совершенствованию системы финансирования государственных закупок здравоохранения, которые в соответствии с проведенным анализом будут способствовать общему увеличению эффективности системы финансирования здравоохранения.

#### **1) Определение уполномоченных органов.**

Одним из приоритетных направлений в совершенствовании механизма регулирования государственных закупок в системе здравоохранения, является переход к системе размещения заказа через специально созданные уполномоченные органы, которые будут иметь эксклюзивное право на размещение заказов для нужд медицинских организаций. Орган местного самоуправления, уполномоченный на осуществление функций по размещению закупок для медицинских организаций (далее также - уполномоченный орган), указанные уполномоченные органы осуществляют данные функции, за исключением подписания государственных договоров на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для медицинских нужд. При этом государственные договоры подписываются государственными заказчиками. Порядок взаимодействия уполномоченного органа и государственных заказчиков должен устанавливаться решением о создании такого уполномоченного органа. Определение уполномоченного на размещение закупок органа исполнительной власти подразумевает ряд существенных преимуществ, к которым относятся:

- возможность эффективного размещения государственной закупки путем получения наиболее выгодной стоимости государственного договора за счет объемов закупаемых товаров, работ и услуг;

- возможность влияния на эффективность закупки путем выбора способа размещения государственной закупки, способствующей наибольшей конкуренции со стороны поставщиков;

- возможность реализации одной из основных целей совершенствования системы государственных закупок - увеличение доли конкурсного размещения закупки для медицинских нужд;

- увеличение эффективности реализации сэкономленных средств для обеспечения нужд медицинских организаций;
- уменьшение коррупции при размещении государственной закупки;
- решение проблемы с квалифицированным персоналом, обслуживающим систему государственных закупок.

Исследование зарубежной практики также указывает на ряд преимуществ, возникающих у государственных заказчиков в случае централизованного управления системой государственных закупок. Например, для нужд более чем 100 канадских федеральных ведомств закупки осуществляет единый заказчик - Министерство общественных работ и государственных услуг Канады. Местная нормативно - правовая база предоставляет возможность государственным заказчикам самостоятельно размещать закупки в том случае, если их стоимость не превышает 5 тыс. канадских долларов. В результате эффективной работы указанного ведомства стало возможным долгосрочное планирование эффективности закупок - официально продекларированная цель МОРГУ Канады - экономия в 5 млрд. канадских долларов за 5 лет. Мы делаем предположение о том, что создание единого заказчика по некоторым видам товаров, работ и услуг приведет к увеличению эффективности государственных закупок на 10% - 15%. Так как, по нашему мнению, определение уполномоченных на размещение закупки органов является одним из основных инструментов повышения эффективности системы государственных закупок, следует установить перечень товаров, работ и услуг, которые по своим качественным, техническим и иным характеристикам позволяют использовать универсальные и наиболее простые механизмы размещения закупок. На основе проведенного анализа статистики закупаемых товаров, работ, услуг предлагается начальный перечень товаров, работ и услуг, полномочия на закупку которых экономически эффективно передать уполномоченному органу.

#### Товары:

- медикаменты;
- медицинское оборудование;
- продукты питания;
- офисная и иная мебель;
- компьютерная и оргтехника;
- канцелярские принадлежности;
- средства связи и телекоммуникации;
- транспортные средства.

#### Услуги:

- обслуживание компьютерной и оргтехники;
- подключение к сети Интернет;
- услуги связи;
- услуги по обслуживанию зданий и помещений;
- услуги страхования услуги по организации перевозок.

## Работы:

- строительство и капитальные ремонты.

Предполагается, что создание на региональном уровне уполномоченного органа по закупкам перечисленных позиций неизбежно приведет к увеличению эффективности и повышению экономии бюджетных средств. Таким образом, передача полномочий по размещению закупок на товары, работы и услуги, вошедшие в перечень, предложенный автором, сможет первоначально обеспечить значительное увеличение эффективности государственных закупок и соответственно уменьшить численность сотрудников, задействованных в организации размещения закупок и т. п. Вместе с тем, автор отмечает, что при наличии уполномоченного органа будут более эффективно задействованы методы определения начальной цены договора с учетом рыночной конъюнктуры и данных маркетингового исследования. Это будет способствовать наиболее близким к рынку показателям начальной цены государственного договора, тогда как в настоящее время, зачастую не высокие показатели экономии основаны не только на не эффективном размещении закупки, но и на ошибках, допущенных в ходе определения начальной цены договора.

### 2) Внедрение механизма «двух поставщиков»

Исследование зарубежного опыта показало высокую эффективность системы «двух поставщиков» конкурсной процедуры. Мы считаем, что внедрение указанной практики в Казахстане может стать следующим шагом на пути совершенствования механизмов регулирования государственных закупок. Так как данная система предполагает исполнение одного государственного договора двумя поставщиками, или же в промежутке между итогами и заключением договора государственный заказчик может выбрать наиболее выгодные условия исполнения путем сопоставления качественных, технических показателей поставляемой продукции, работ, услуг. Совместное исполнение государственного договора стимулирует поставщиков в условиях конкуренции к добросовестному исполнению обязательств, состоятельному характеру исполнения обязательств по государственному договору. При этом необходимо отметить, что в условиях, когда исполнителями по государственному договору являются два поставщика, договором не должны закладываться четкие пропорции распределения заказа, а выбор в пользу того или иного поставщика должен производиться с некоторой периодичностью по итогам анализа деятельности поставщиков и исполнения ими условий государственного договора. Опираясь на зарубежный опыт, автор утверждает, что такой подход к размещению закупки является стимулом к существенному увеличению эффективности исполнения закупки. Кроме того, государственный заказчик, разместивший стратегически важную закупку для исполнения определенной государственной функции (например, закупка медикаментов для учреждений здравоохранения) с отбором двух победителей получит возможность застраховаться от недобросовестности одного поставщика и своевременно освоить бюджетные средства, тогда как в настоящее время государственный

заказчик, столкнувшийся с недобросовестным поставщиком, расторгает государственный договор и обязан вновь провести процедуру размещения закупки или же искать и приглашать других потенциальных поставщиков, что занимает определенное время и приводит к простоям в реализации государственных функций. Хотя законом и предусмотрена в некотором роде «заплата» для подобной ситуации (способом из одного источника до момента подведения итогов конкурса - это всего лишь «заплата», которая решает проблему только в определенных случаях.

3) Стимулирование эффективности размещения государственного заказа.

Создание для государственных заказчиков возможности использования сэкономленных от эффективного размещения заказа средств. В настоящее время одной из основных проблем размещения государственного заказа, по мнению автора, является то, что у государственного заказчика нет стимула к эффективному использованию бюджетных средств, к экономии средств при размещении закупки.

Отсутствие такого стимула заложено в самой системе бюджетирования закупок для государственных нужд. Заказчик, разместивший заказ на наиболее выгодных условиях и получивший экономию в размере 20%, не имеет нормативно - правовой основы, обуславливающей дальнейшее использование сэкономленных средств. В соответствии с бюджетным законодательством данные средства в конце финансового года направляются в бюджет, а государственный заказчик имеет риск получить уменьшенное финансирование в будущем году в виду того, что в текущем году средства, заявленные госзаказчиком, не были израсходованы в полном размере.

Таким образом, одним из приоритетов государства при формировании эффективной системы государственных закупок должно стать создание условий, стимулирующих государственного заказчика к эффективному использованию бюджетных средств. По мнению автора, решение этой проблемы сопряжено с возможностью направлять сэкономленные средства не только в государственную казну, но и частично на реализацию собственных потребностей государственного заказчика, а также на материальное поощрение сотрудников государственного заказчика, эффективно осуществивших размещение заказа. При том целесообразно увязать материальное поощрение и количество выделяемых на нужды госзаказчика средств таким образом, чтобы это не стало поводом для чиновников закупать самые дешевые товары, работы и услуги, преднамеренно увеличивая начальную (максимальную) цену договора, в надежде на крупное денежное поощрение. Данный механизм следует реализовать таким образом, чтобы материальное поощрение сотрудников рассчитывалось по итогам года, а средства, сэкономленные благодаря эффективному размещению государственного заказа могли быть частично использованы в течение всего года. Для расчета материального поощрения (ПС) и сэкономленных при размещении заказа бюджетных средств (СЭ) автором предлагается следующая формула (3.4):

$$СЭ = СБ - СК - СО, \quad (3.4)$$

где СБ - сумма, ассигнованная на размещение заказов для государственных нужд конкретного распорядителя бюджетных средств,

СК - стоимость заключенного государственного договора,

СО - стоимость организации процедуры размещения государственного договора (подготовка конкурсной и аукционной документации, формирование конкурсной комиссии, разработка проекта государственного договора и т. д.).

Для расчета средств, выделяемых государственному заказчику в качестве поощрения за эффективно и экономично размещенный государственный заказ (СПЭ) предлагается следующая формула (3.5):

$$СПЭ = К - СЭ, \quad (3.5)$$

где К является «коэффициентом поощрения», значение которого лежит в промежутке (0;0,05). Использование данного коэффициента должно быть регламентировано нормативно-правовыми актами, подготовленными в поддержку Закона РК «О государственных закупках» от 21 июля 2007г.№ 303 -III. К примеру, возможна увязка размера «коэффициента поощрения» с отношением средств, расходуемых на размещение заказа к средствам, выделенным из бюджета на этот заказ.

Для расчета размера суммы материального поощрения сотрудников ведомства (ПС), обеспечивших экономичное размещения заказа предлагается использовать значение СПЭ в следующей формуле (3.6):

$$ПС = \sum (СПЭ - П) - КС \quad (3.6)$$

где П - число конкурсов, проведенных в течении года, а КС является «коэффициентом поощрения служащих». Значение и использование этого коэффициента должно быть также регламентировано нормативно-правовыми актами, подготовленными в поддержку Закона РК «О государственных закупках» от 21 июля 2007г.№ 303 - III.

4) Защита интересов государственных заказчиков. Применение иных критериев оценки поставщиков.

Необходимо отметить, что в законодательстве недостаточно норм, которые могут оградить заказчика от недобросовестного поставщика. Например, в Законе РК «О государственных закупках» от 21 июля 2007г.№ 303-III введено положение о создании реестра недобросовестных поставщиков, куда на 2 года попадают те поставщики, которые по каким-либо причинам, не связанным с обстоятельствами непреодолимой силы, уклонились от заключения либо от исполнения государственного договора. Закон позволяет отклонять заявки на участие в открытом конкурсе таких поставщиков на стадии рассмотрения заявок. Еще одним из инструментов защиты от недобросовестных поставщиков с некоторой долей условности можно назвать обеспечение участия в конкурсе и

обеспечение договора. В настоящее время в соответствии с законом критериями оценки заявок на участие в конкурсе могут быть:

1) наличие у потенциального поставщика:

- опыта работы на рынке медицинских товаров, работ, услуг, являющихся предметом проводимых государственных закупок;
- документа, подтверждающего проведение добровольной сертификации предлагаемых медицинских товаров, в соответствии с законодательством Республики Казахстан о техническом регулировании;
- сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента качества в соответствии с требованиями национальных стандартов;
- сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента управления окружающей средой в соответствии с требованиями национальных стандартов и (или) подтверждения соответствия стандарту экологически чистой продукции в соответствии с законодательством Республики Казахстан о техническом регулировании;

2) функциональные, технические, качественные и эксплуатационные характеристики товаров, услуг и (или) расходы на эксплуатацию, техническое обслуживание и ремонт закупаемых товаров.

Тем не менее, при конкурсном отборе поставщика как опыт осуществления поставок товаров, оказания услуг, выполнение работ необходимо введение другого эффективного и не дискриминационного по отношению к потенциальным поставщикам инструмента. В качестве такого инструмента автор предлагает ввести дополнительный критерий оценки конкурсной заявки, который позволит судить о благонадежности поставщика:

- «квалификация кадрового состава».

Этот критерий является отражением опыта и квалификации поставщика, но не является дискриминационным. Данное предложение автора основывается на том, что в большинстве случаев оценка по критерию качество и квалификация производится с учетом кадрового состава и потенциала коллектива потенциального поставщика. В этой связи представляется возможным осуществить своего рода «легализацию» критерия оценки и сопоставления с целью расширения возможности объективной оценки поступающих на конкурсы заявок. Вместе с тем, введение данного критерия позволит вывести под критерий «качество и квалификация» существенную составляющую. Ввиду того, что критерий «качество и квалификация» является субъективным и оценивается исходя из каких-либо пристрастий и экспертного мнения членов конкурсной комиссии по данному критерию невозможно установить четкие требования к содержанию критерия и способу расчета оценки заявки по нему. Вместе с тем, автору представляется, что квалификация кадрового состава может оцениваться по четкой заранее определенной схеме с использованием объективного подхода. Таким образом, выделяется еще один критерий, который позволит производить объективную оценку и сопоставление заявок на участие в конкурсе.

5) Формирование системы «электронная база цен, товаров и услуг»

В настоящее время законодательством предусмотрено применение сети Интернет с целью размещения закупок. По мнению автора, уровень развития современных технологий требует новых инструментов и механизмов государственного управления и взаимодействия с бизнесом. Мы считаем, что степень информатизации органов государственной власти уже достаточна для внедрения нового способа размещения закупки. Условное название предлагаемого способа размещения заказа - «электронная база цен, товаров и услуг». Предложение автора заключается в том, чтобы организовать новую форму взаимодействия заказчика и поставщика товаров, услуг через сеть Интернет. Суть взаимодействия заключается в том, что заказчик будет наделяться правом размещения закупки без каких-либо установленных Законом процедур в том случае, если размещение заказа осуществляется в электронной аптеке. Для того, чтобы стать поставщиком в электронной аптеке, поставщик обязан пройти аккредитацию и конкурсный отбор. Отбор поставщика для электронного магазина должен осуществляться уполномоченным республиканским или региональным органом власти в соответствии с процедурой отбора, установленным Законом РК «О государственных закупках». Мы думаем, что реализация данного проекта потребует разделения закупок на региональные уровни по территориальному признаку. То есть представляется целесообразным организовать электронную базу цен, товаров и услуг для заказчиков любого уровня. Подобные схемы уже применяются в таких странах как Канада, США. Отличие предлагаемой автором схемы от уже существующих заключается в том, что электронная база цен, товаров и услуг будет формироваться не для индивидуального заказчика, а для всех заказчиков любого региона. Мы считаем, что в отношении одного вида товаров в электронной базе цен, товаров и услуг следует предусмотреть не менее трех поставщиков с предложением цены в одном уровне либо несущественной разницей. При этом заказчик должен быть наделяться правом свободного выбора между поставщиками и предлагаемых товаров. Представляется целесообразным по итогам конкурсного отбора предоставлять аккредитацию поставщику на срок не менее 3 месяцев и не более 6 месяцев. В ходе срока аккредитации поставщик не должен иметь права изменять предложенную на конкурсном отборе цену поставляемой продукции. Мы полагаем, что данная норма не нанося вреда принципам конкуренции позволит сформировать благоприятные условия для повышения прозрачности закупок.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Здоровье во все времена человеческой истории расценивалось как один из важнейших социальных факторов развития человека, общества, государства.

Известно, что Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как «Состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие заболевания».

В то же время основные показатели состояния здоровья населения являются индикаторами благополучия и социально-экономического положения любой страны.

Современная ситуация, сложившаяся в Республике Казахстан в сфере охраны здоровья граждан, характеризуется сложностью и наличием ряда проблем, одной из которых является то, что в национальном здравоохранении в течение более 10 лет попеременно пробовали внедрить принципы трех моделей медицинской системы (бюджетная, бюджетно-страховая и бюджетно-программная) и сегодня она, как указал Президент РК Н.А.Назарбаев «... состоит из обломков трех систем...». Основная причина такого положения - недостаточно отработанная долгосрочная стратегия реформы и развития здравоохранения, в которой ключевым основополагающим фактором является ресурсное обеспечение отрасли. Справедливости ради, нужно отметить, что этим же страдают системы здравоохранения и других постсоветских стран.

Анализ развития здравоохранения Павлодарской области, показал, что сеть организаций здравоохранения за десятилетие претерпела большие изменения. Преобразования осуществлялись в соответствии с изменяющимися потребностями населения в отдельных видах медицинской помощи. Число организаций здравоохранения за этот период сократилось. Проведена переориентация сети в сторону развития амбулаторно-поликлинической помощи.

Организованы принципиально новые медицинские организации - больница сестринского ухода, хоспис, детский реабилитационный центр. Приватизированы ряд медицинских организаций - стоматологические поликлиники, косметологическая лечебница, врачебно-физкультурный диспансер, хозрасчетные поликлиники.

Развитие альтернативных форм помощи способствует усилению конкуренции на рынке медицинских услуг.

Внедрены стационаро-замещающие технологии медицинской помощи, благодаря которым в полустационарных условиях ежегодно получают лечение свыше 70 тыс. больных, что составляет 41% от числа госпитализируемых в стационары. Число посещений на 1 жителя в год на высоком уровне - 7,3, при республиканском уровне - 5,4. Обеспечивается оптимальное использование плановой мощности амбулаторно-поликлинических организаций. Создано 7 самостоятельных семейных врачебных амбулаторий.

За эти годы значительно сокращена коечная мощность стационаров. Потребность в стационарной помощи обеспечивалась за счет ее интенсификации и развития стационаро-замещающих технологий. Обеспеченность населения койками снизилась с 79,5 до 46,2 на 10 тыс. населения. При этом, показатель работы койки увеличился с 287 до 335 дней в году, средняя длительность лечения больных в стационаре снижена с 13,9 до 10,2 дня, значительно увеличился оборот койки (с 20,5 до 33 госпитализаций).

За десятилетие кардинально изменились подходы к лекарственному обеспечению населения и медицинских организаций. Сеть аптекных

организаций города в данное время представлена 8 внутрибольничными аптеками и 61 негосударственными аптеками, аптечными пунктами и киосками. Приобретение основных жизненно важных лекарственных средств для государственных медицинских организаций осуществляется на конкурсной основе. В организации лекарственного обеспечения населения принято к исполнению Постановление Правительства РК №674, при этом Решением Акима Павлодарской области значительно расширен ассортимент лекарственных средств для бесплатного отпуска больным и перечень нозологических форм, по которым медикаменты по рецептам врачей отпускаются бесплатно.

За этот период принципиально изменены подходы к финансированию медицинских организаций. Осуществлен переход от сметной системы оплаты к программно-целевому финансированию, а именно: к возмещению затрат коммунальных государственных казенных предприятий по подушевому принципу - для первичной медико-санитарной помощи, по тарификатору - за блоки услуг специализированной амбулаторно-поликлинической помощи, по клинико-затратным группам - для стационарной помощи.

Финансирование медицинских организаций Республики, независимо от форм собственности, осуществляется по результатам конкурсных торгов на размещение государственного заказа на оказание населению бесплатной медицинской помощи в рамках ее гарантированного объема. Правовой базой для проведения закупок медицинских услуг является закон Республики Казахстан "О государственных закупках", который регулирует правоотношения, возникающие в процессе закупок товаров, работ и услуг, осуществляемых за счет средств республиканского и местных бюджетов в целях их эффективного использования.

Реализация закона повлекла за собой кардинальные изменения в системе государственных закупок, в том числе, в здравоохранении, затронула интересы многих людей, которым в настоящее время приходится осваивать непростые процедуры конкурсного отбора партнеров по хозяйственным связям. Правовая база государственных закупок постоянно развивается, чему свидетельством является, в частности, подготовка ряда методических материалов и принятие в 2002 г. нового Закона РК «О государственных закупках».

Государственный заказ определяется в соответствии с гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, утверждаемым Правительством Республики Казахстан в соответствии со сложившимися потребностями населения в медицинских услугах. К конкурсу допускаются потенциальные поставщики, независимо от форм собственности, расположенные на территории города и оказывающие медицинские услуги, соответствующие по качеству стандартным требованиям в рамках государственного заказа, выполняемого за счет областного бюджета.

Изменение требований к планированию и анализу деятельности медицинских организаций в новых условиях заставляет главных врачей решать

новые задачи в основном правового и экономического характера, многие из них испытывают дефицит знаний для их решения.

Таким образом, результаты исследования показали, что программно-целевое финансирование здравоохранения через систему государственного заказа служит реальным инструментом государственного контроля и регулирования расходов бюджетных средств и позволяет достаточно эффективно распределять финансовые ресурсы в здравоохранении. При такой системе лучше работающие медицинские организации определяются в жесткой конкурентной борьбе между государственными предприятиями, частными и ведомственными структурами. Система, по сути, является действенной моделью, основанной на рыночных механизмах, но управляемой государством посредством экономических рычагов.

Программно-целевое финансирование здравоохранения через систему госзаказа не допускает отделения государства от управления, управления от финансирования, финансирования от ответственности за качество медицинской помощи населению. Создается единая, финансово дееспособная управленческая структура, имеющая полномочия по формированию государственного заказа на перечень видов и объемов медицинских услуг, на выбор наиболее эффективных их поставщиков и производителей, на разработку финансовых нормативов, условий и порядка возмещения затрат за оказанную помощь.

Перспективное, комплексное решение проблем охраны здоровья населения города с ноября 1998 года осуществляется в рамках выполнения задач региональной программы "Здоровье населения". Реализация мероприятий программы медицинскими организациями обеспечивается достаточно активно. Позитивные результаты достигнуты по увеличению объемов и уровню качества медицинских услуг, по снижению уровня младенческой и материнской смертности, по охвату иммунизацией и динамике заболеваемости населения инфекционными болезнями, в том числе туберкулезом, вакциноуправляемыми инфекциями.

Таким образом, реально осуществляются государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи, направленные на достижения конечных результатов - увеличение продолжительности и качества жизни, улучшение показателей здоровья населения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 14 декабря 2012 г
- 2 Доскалиев Ж.А. Доклад на итоговых Коллегиях Минздрава Республики Казахстан 2001-2002 гг. - 20 с.
- 3 Аканов А.А. Контуры здравоохранения XXI века. - Алматы, 2001. -50с.
- 4 Кульжанов М.К. Процесс реформирования здравоохранения Республики Казахстан в свете стратегии и политики ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии» // Здравоохранение г. Алматы за годы независимости республики Казахстан (1991-2001): Мат. научно-практ. городской юбилейной конф., октябрь, 2001 г. - Алматы, 2013.С.12-19.
- 5 Щепин О.П., Линденбрaten А.Л. Современные подходы к оценке качества и эффективности медицинской помощи // Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашко. 2008. Вып. 2. С. 7-12.
- 6 Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюлл. НИИ им.Н.А.Семашко, 2002. Тематич. вып. Часть II. С. 15-19.
- 7 Куракбаев К.К. Экономические основы усиления стимулирующей функции оплаты медицинских услуг на подушевой основе // Казахстанско-Американский журнал - Алматы, 2001. -№ 1. -С.34-35.
- 8 Гришин В.В., Семенов В.Ю., Поляков И.В. и др. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. -М., 2006. - 168 с.
- 9 Семенов В.Ю. Финансирование здравоохранения: Уч.пособие. - М., 2000.-40 с.
- 10 Абылкасымов Е. Система обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан (исторические, теоретические, организационно-методические и экономические аспекты). - Алматы, 2005. -280 с.
- 11 Малахова Н.Г. Финансовая среда учреждения: альтернативные источники финансирования // Экономика здравоохранения. - 2009.- № 2. -С.16-20.
- 12 Лебедев А.А., Лисицын Ю.П., Макарова Т.Н. Применение комплексного финансирования здравоохранения в условиях внутреннего рынка // Экономика здравоохранения. - 2013. - №9. - С.8
- 13 Карпов В.Н., Коржов Е.Л., Баженов Е.Л. и др. Предпринимательская деятельность как источник финансирования областного диагностического центра // Главный врач. - 2012. -№2. -С. 39-40.
- 14 Стародубов В. И., Родионова В. Н. Вопросы управления здравоохранением в условиях введения медицинского страхования // Главный врач. - 2011.-№2. -С.67-77.
- 15 Кузьменко М.М., Баранов В.В. Финансовый менеджмент в здравоохранении России. Проблемы и пути решения управления финансовыми ресурсами Российского здравоохранения. - М., 2008. - 272 с.
- 16 Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. - М., 2009. - 272 с.

- 17 Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // *Здравоохранение*. -2000.-№1 .-С.5-10.
- 18 Щепин О.П., Лазаренко А.И. Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы — как их видят из Западной Европы // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. - 2007. -№ 5 - С.39-41.
- 19 Чубарова Т.В., Шестакова Е.Е. Реформы здравоохранения в России и зарубежных странах: направления и перспективы: Научный доклад. -2002-72с.
- 20 Инновационные контуры мировой экономики. Прогноз развития на 2000-2015 г. ИМЭМО РАН.
- 21 Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. - М., 2005. - 356 с.
- 22 Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка // *Проблемы управления здравоохранением*. -2001.- №2/3.- С.34.
- 23 OECD Secretial "Health Care hpenditure and other Data: an international Compendium from OECD" *Health Care Financing Review*" (1989 Annual Supplement), -p. 67-87.
- 24 Ellwood P.M., Enthoven C.,Ethcredge L., The Jackson Hole initiatives for a twenty first century American health care system. *Health economics*, Vol.1,-2004. -pp. 149-168.
- 25 Кучеренко В.З., Гришин В. В., Шамшурина Н. Г. и др. Экономика здравоохранения: Уч. пособие. - М., 2006. - 144 с.
- 26 Овчаров В. К., Максимов Т. М., Игнатьева Р. К. и др. Современные проблемы здоровья населения // *Бюлл. НИИ им. Н. А. Семашко*. 2008. Вып. 3. С.70-93.
- 27 Лебедев А.А., Лисицын Ю.П., Макарова Т.Н. Применение комплексного финансирования здравоохранения в условиях внутреннего рынка // *Экономика здравоохранения*. - 1996. - №9. - С.8- 13.
- 28 Таранов А.М., Кравченко Н.А., ред. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС. - М., 2000.-138 с.
- 29 Андриюшина Н.А. Проблемы оценки потенциала объектов здравоохранения // *Проблемы совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений здравоохранения: Сб. науч. тр.* СПб., 2000. - С.49-56.
- 30 Линденбратен А.Л. Медико-экономическая поддержка реформы здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи // *Бюлл. НИИ им. Н. А. Семашко*. 2005. Вып. 4. С. 75-78.
- 31 Назарбаев Н.А. Послание к народу Казахстана. Февраль, 2014г.
- 32 Шарманов Т.Ш. Какой же логики придерживаться при реформировании здравоохранения // *Здравоохранение Казахстана*. - 2006. - № 5. -С. 1-6.
- 33 Захаров И.А. Научное обоснование оптимизации планирования и финансирования систем оказания медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2007. - 42 с.

- 34 Куракбаев К.К. Экономические основы усиления стимулирующей функции оплаты медицинских услуг на подушевой основе // Казахстанско-Американский журнал - Алматы, 2001. -№ 1. -С.34-35.
- 35 Туткушев Б.С. Законодательные основы системы здравоохранения Казахстана в переходной период //Вестник Межпарламентской ассамблеи. - СПб, 2000. -№ 3. -С. 110-119.
- 36 Закон Республики Казахстан от 19.05.97 №111-1 "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан"
- 37 Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение, **World health organization: national health account statistics, 2013.**<http://apps.who.int/nha/database>
- 38 Закона Республики Казахстан от 3 декабря 2013 года № 148-V ЗРК «О республиканском бюджете»<http://adilet.zan.kz/>